

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Departement 2, Studiengang Logopädie 1417

Bachelorarbeit

Poststroke Depression (PSD) bei Aphasie

Lebensqualität und Coping als Aufgabenfeld der Logopädie



Quelle: <http://gesundheit.naano.de/vorbeugung/schlaganfall-vorbeugen>

Eingereicht von: Sabrina Carr

Begleitung: Jürgen Steiner

17. Februar 2017

Danksagung

Ich danke Jürgen Steiner für die fachliche Unterstützung und persönliche Beratung.

Spezieller Dank gilt den Logopädinnen und Logopäden, die sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen im Hinblick auf diese Arbeit auszufüllen.

Ebenfalls danke ich meinem Bruder für das Korrekturlesen und allen weiteren Personen, welche mich in diesem Schaffensprozess unterstützt und motiviert haben.

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Poststroke Depression (PSD) bei aphasischen Menschen und dem Einfluss ihrer PSD auf die Logopädie.

Weiter wurde untersucht, wie Logopädinnen¹ auf damit verbundene Schwierigkeiten reagieren können. Ziel ist es, ihr Wissen und ihr Selbstverständnis des Berufes zusammenzutragen.

Ein Fragebogen mit qualitativen und quantitativen Fragen wurde 32 mal in 14 Deutschschweizer Kantone verschickt. Die Antworten wurden mit Fachliteratur verglichen und ergänzt.

Folgendes wurde bestätigt: Es besteht eine fachliche Unsicherheit und Uneinigkeit. Die Aphasiotherapie wird negativ von der PSD beeinflusst. Einfühlungsvermögen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und genügend Fachwissen können dieser Problematik entgegenwirken.

Am Ende dieser Arbeit werden Ansätze für den Umgang mit Betroffenen und Möglichkeiten, sich interdisziplinär für sie einzusetzen, erarbeitet und in einem Merkblatt festgehalten.

¹ Für eine bessere Lesbarkeit wurde nur das Wort "Logopädinnen" verwendet. Diese Form schliesst jedoch beide Geschlechter mit ein, sofern nichts Gegenteiliges vermerkt ist.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
1.1 Grund für die Themenwahl	3
1.2 Herleitung der Fragestellung.....	3
1.3 Methode	3
1.4 Aufbau der Arbeit.....	4
2. Einführung in die Thematik der PSD und Aphasie.....	5
2.1 Beschreibung der PSD	5
2.2 Beschreibung der Aphasie.....	6
3. PSD bei Aphasie.....	9
3.1 Häufigkeit	9
3.2 Diagnose der PSD bei Betroffenen mit Aphasie.....	10
3.2.1 Schwierigkeiten bei der Diagnosstellung.....	10
3.2.2 Einbezug der Logopädinnen	11
3.3 PSD bezogen auf Schweregrad und Phase der Aphasie	12
4. PSD bei Aphasie im Kontext Logopädie.....	15
4.1 Therapieplanung.....	15
4.1.1 Arbeitsmittel.....	16
4.1.2 Therapiefrequenz.....	18
4.2 Therapieverlauf und Therapieerfolg	19
4.2.1 Die Rolle der Medikamente.....	20
4.2.2 Einfluss der PSD auf die Therapie und die therapeutische Beziehung.....	20
4.2.3 Nähe-Distanz-Verhältnis (Therapeutin und Patient)	22
4.2.4 Therapieabbruch.....	23
4.2.5 Einbezug der Angehörigen	24
4.2.6 Selbsthilfegruppen	26
4.3 Interprofessionalität und Schnittstellenprobleme.....	27

4.4	Wünsche der Logopädinnen	29
4.5	Fachliteratur und Weiterbildungen	30
5.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	31
5.1	Merkblatt für praktizierende Logopädinnen	31
5.2	Beantwortung der Fragestellung	33
5.3	Reflexion	33
5.4	Ausblick.....	34
	Literaturverzeichnis	35
	Tabellenverzeichnis	37
	Grafikverzeichnis	37
	Anhang	38

1. Einleitung

1.1 Grund für die Themenwahl

Während meines Studiums hörte ich das erste Mal vom Krankheitsbild der Aphasie. Seither beschäftige ich mich regelmässig damit, da mich dieses Thema in seiner Komplexität sehr anspricht. Im Rahmen eines Praktikums im Felix Platter Spital durfte ich diverse Patienten mit Aphasie kennenlernen und mit ihnen arbeiten. Dadurch konnte ich mir ein klares Bild davon machen, wie schwerwiegend die Folgen einer Aphasie wirklich sein können. Viele der Patienten hatten mit emotionalen Problemen zu kämpfen und auch ihre Angehörigen stiessen nicht selten an ihre Grenzen. Der Umgang damit stellte mich immer wieder vor grosse Herausforderungen. Diese intensive und lehrreiche Zeit bewog mich dazu, die vorliegende Arbeit zu verfassen. Es ist mir ein Anliegen, dass alle am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen dank erweitertem Wissen weniger belastet sind.

1.2 Herleitung der Fragestellung

Der Begriff der Poststroke Depression (PSD) ist in der Schweiz noch nicht geläufig. Er beschreibt jedoch das Vorhandensein einer Depression bei Menschen, welche einen Schlaganfall erlitten haben. Eine PSD wird oft nicht als solche erkannt. Sie wird nicht genug ernst genommen und entsprechend nicht behandelt (vgl. Jungehülsing & Endres, 2015, S.93). Wenn von PSD betroffene Menschen zusätzlich an einer Aphasie leiden, ist dies in zweifacher Hinsicht schwierig (vgl. Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe, 2012, S. 2). Diese Umstände führten mich zu folgender Fragestellung:

Wie beeinflusst die PSD bei Aphasie die logopädische Therapie und wie können Logopädinnen sinnvoll intervenieren?

1.3 Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein Fragebogen (ein ausgefülltes Exemplar findet sich im Anhang) an Logopädinnen verschickt, welcher ihren Wissensstand und ihre Erfahrungen bezüglich PSD bei Aphasie empirisch ermitteln sollte. Dieser wurde von 32 Personen aus 14 verschiedenen Kantonen ausgefüllt. Im Folgenden werden genauere Angaben zu den Befragten gemacht:

- Ihr Altersdurchschnitt beträgt 44
- Ihre Berufserfahrung beträgt durchschnittlich 17 Jahre
- 12 Personen arbeiten in einer Praxis, 20 Personen in einer Klinik oder in einem Spital

- 27 Befragte arbeiten regelmässig mit Schlaganfallpatienten, 4 Befragte nur teilweise
- 19 Befragte haben zusätzliche Ausbildungen²:

Psychotherapeut³, klinische Logopädin, klinische Linguistin M. Sc., Supervisorin, Coach BSO integratives körperorientiertes Coaching, Master Logopädie, Master of Science Logopädie, Master of Speech & Language Therapy, Grundkurs Pflege SRK, Pflegefachfrau, Mal- und Kunsttherapeutin

Die Fragen im Fragebogen beruhen hauptsächlich auf eigenen Erfahrungen aus dem und persönlichem Interesse am Thema. Demnach wurden auch die Auswahlmöglichkeiten bei den quantitativen Fragen nicht auf Literatur basierend vorgegeben.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist folgendermassen aufgebaut: Sie beginnt mit der Erläuterung der theoretischen Grundlagen der PSD und der Aphasie. Diese Grundlagen dienen einem besseren Gesamtverständnis der Problematik. Anschliessend folgt der empirische Teil, welcher wiederum aus drei Teilen besteht.

Begonnen wird mit der Verknüpfung von PSD und Aphasie. Dies bedingt zunächst eine Weiterführung der notwendigen Theorie, welche aber bereits den Auswertungen der Fragebögen gegenübergestellt wird. Im Anschluss daran werden die PSD und die Aphasie im Kontext der Logopädie genauer betrachtet. Versucht wird, die eingangs gestellte Fragestellung zu beantworten.

Sodann wird ein Blick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit geworfen und erörtert, welche Wünsche Logopädinnen in Bezug auf PSD bei Aphasie im Hinblick auf ihre Therapie hegen. Abschliessend werden die wichtigsten Ergebnisse in Form eines Merkblattes zusammengefasst, welches praktizierenden Logopädinnen als mögliche Orientierungshilfe dienen soll.

Die Arbeit schliesst mit der resümierenden Beantwortung der Fragestellung, einer Reflexion und einem Ausblick.

² Anmerkung: Erwähnt werden hier diejenigen Ausbildungen, welche für die vorliegende Arbeit Relevanz haben

³ Auch männliche Formen sollen beide Geschlechter miteinbeziehen

2. Einführung in die Thematik der PSD und Aphasie

Im folgenden Kapitel sollen die wesentlichen theoretischen Grundlagen zur PSD und zur Aphasie dargelegt werden. Sie dienen dem besseren Verständnis des Kontexts der vorliegenden Arbeit.

2.1 Beschreibung der PSD

Der Begriff PSD stammt aus der angloamerikanischen Literatur und bedeutet Poststroke Depression; er wird so auch zunehmend in der deutschen Literatur verwendet. Bisher gibt es noch keine einheitliche Definition davon. Eine PSD entwickelt sich während der emotionalen Krankheitsverarbeitung, wenn eine andauernde Trauer auftritt. Die Auftretenshäufigkeit beträgt 30 Prozent. Die PSD stellt ein traumatisches Ereignis dar, welches mit einem starken Verlusterleben einhergeht (vgl. Wipprecht & Grötzbach, 2013, S. 310).

Zum Krankheitsbild der PSD wurde in der Literatur bereits viel geschrieben, trotzdem hat es sich als solches in der Schweiz und in Deutschland noch nicht manifestiert (vgl. Wipprecht & Grötzbach, 2013, S. 312). Daher ist es immer noch schwierig, eine definitive Diagnose zu stellen. Im Gegensatz zu einer klassischen Depression stellt der Schlaganfall eine weitere schwerwiegende Erkrankung dar. Deshalb lässt sich bei einer PSD jeweils schwer feststellen, ob die oben genannte Symptome Ausdruck der depressiven Störung oder direkte Folgen des Schlaganfalls sind (vgl. Kapfhammer, 2011, S. 255). Für die Diagnose liefern Jungehülsing und Endres (2015) einen Anhaltspunkt: "Für die Diagnose einer depressiven Episode wird weiterhin gefordert, dass die Symptomatik mindestens über 2 Wochen vorliegen muss. Streng genommen kann also eine nach einem Schlaganfall neu aufgetretene Depression frühestens 2 Wochen nach dem Infarkt ereignis diagnostiziert werden". Welche weiteren diagnostischen Schwierigkeiten auftreten können, wenn der abzuklärende Betroffene zusätzlich an einer Aphasie leidet, wird in Kapitel 3.2. erläutert.

Häufige Symptome einer PSD sind tiefe Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Konzentrations- und Schlafstörungen, sowie ein geringeres Selbstwertgefühl. Auch plötzliche Gefühlsausbrüche wie zum Beispiel pathologisches Weinen oder Lachen sind möglich (vgl. Gierger, 2015).

Die Ursachen der PSD sind bis anhin noch nicht genügend geklärt, da sie auf diversen Faktoren beruhen. Psychologische, psychosoziale und neurobiologische Elemente beeinflussen sich gegenseitig. Daher lässt sich grundsätzlich nicht sagen, ob die PSD Folge der Hirnschädigung selbst oder der psychischen Reaktion des Betroffenen auf seine Situation ist (vgl. Wipprecht & Grötzbach, 2013, S.310).

Geklärt sind hingegen mögliche Risikofaktoren, welche eine PSD begünstigen können. Eine Aphasie stellt ein grosses Risiko dar. Weiter zählen auch das weibliche Geschlecht, Beeinträchtigungen im kognitiven und funktionellen Bereich und ein rezidivierender Schlaganfall dazu. Geklärt werden muss zudem, ob der Betroffene bereits vor dem Schlaganfall an psychischen Problemen, insbesondere an einer Depression litt. Ist dies der Fall, steigt die Wahrscheinlichkeit für ein Auftreten der PSD erheblich (vgl. Wipprecht & Grötzbach, 2013, S.311).

Experten sind sich bezüglich der Auswirkungen einer PSD einig. Der Rehabilitationserfolg ist schlechter als bei nicht Betroffenen, denn der Behandlungsverlauf ist stark abhängig von der Mitarbeit des Betroffenen. Es droht eine soziale Isolation, besonders wenn der Betroffene nicht gut in ein soziales Umfeld integriert ist. Alltägliche Aktivitäten und eine selbstständige Lebensführung sind mit zunehmender Krankheit nicht mehr möglich, was zu einer Abhängigkeit von Mitmenschen führt. Schliesslich sinkt die Lebensqualität, wobei wiederum die Mortalitäts- und Suizidrate ansteigt (vgl. ebd.).

2.2 Beschreibung der Aphasie

Das Wort Aphasie setzt sich aus den griechischen Wörtern "a" und "phasiz" zusammen, was wörtlich übersetzt "fehlende Sprache" bedeutet. Diese Bezeichnung trifft jedoch nicht ganz zu, da eine Aphasie in der Regel nicht mit einem kompletten Sprachverlust einhergeht (vgl. Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, S.4). Eine Aphasie ist eine erworbene, zentrale Sprachstörung, welche nach einer Schädigung der sprachdominanten linken Hirnhälfte auftritt (vgl. Springer, 2007, S.20).

Betroffene zeigen unterschiedliche Symptome, welche je nach Ausprägung in vier verschiedene Hauptsyndrome⁴ eingeteilt werden.

Tabelle 1: Syndrome Aphasie

Syndrome	Beschreibung
Globale Aphasie	- Schwerste Form - Alle sprachlichen Bereiche sind stark beeinträchtigt
Broca-Aphasie	- Das Sprachverständnis ist relativ gut erhalten

⁴ Werden in Kapitel 3.3 als "Schweregrad" zusammengefasst.

	<ul style="list-style-type: none"> - Die Sprachproduktion ist eingeschränkt; unvollständige Sätze, langsam und stockend
Wernicke-Aphasie	<ul style="list-style-type: none"> - Kein wirkliches Störungsbewusstsein - Die Sprachproduktion ist fließend, aufgrund von Fantasiewörtern jedoch nicht immer verständlich - Das Sprachverständnis ist eingeschränkt
Amnestische Aphasie	<ul style="list-style-type: none"> - Leichteste Form der vier Haupttypen - Die Sprachproduktion ist geprägt von Wortfindungsstörungen - Das Sprachverständnis ist intakt

Quelle: <http://www.medizinfo.de/schlaganfall/aphasie.htm>

Jede Aphasie lässt sich nebst dem Typ auch in verschiedene Phasen einteilen:

Tabelle 2: Phasen Aphasie

Phase	Dauer und Beschreibung
Akutphase	<ul style="list-style-type: none"> - Bis sechs Wochen nach dem Schlaganfall - Ein Syndrom ist noch nicht klassifizierbar, da sich die Symptomatik noch verändern oder spontan zurückbilden kann
Postakute Phase	<ul style="list-style-type: none"> - Ab der sechsten Woche nach dem Schlaganfall bis zu einem Jahr danach - Ein Syndrom ist nun klassifizierbar, trotzdem sind weitere Fortschritte möglich
Chronische Phase	<ul style="list-style-type: none"> - Ab einem Jahr nach dem Schlaganfall. Fortschritte gibt es noch, sie erfolgen jedoch langsam

Quelle: <http://www.aphasiker-zentrum-oberfranken.de/Verlauf-von-Aphasien.htm>

Keinesfalls darf eine Aphasie mit einer Denkstörung gleichgesetzt werden, denn die Lebenserfahrung der Betroffenen ist nicht verloren gegangen. Sie finden sich im alltäglichen Leben meistens zurecht und sie verstehen nichtsprachliche Signale (vgl. Huber, Poeck & Springer, 2006, S.19).

Eine Aphasie tritt selten alleine auf. Häufige Begleitstörungen sind

- Schluck- und Sprechstörungen
- eine veränderte Körperwahrnehmung mit möglicher Halbseitenlähmung
- Gesichtsfeldeinschränkungen
- Störung der Planung und Ausführung von Handlungen
- ein verändertes Sozialverhalten
- Antriebslosigkeit
- Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

(vgl. Schneider et. al., 2014, S.10)

Auffallend ist, dass manche dieser Begleitstörungen auch bei einer PSD auftreten können. Daher ist es bei aphasischen Menschen mit PSD nicht immer einfach, zwischen Symptomen der Aphasie oder Auswirkungen der PSD zu unterscheiden. "Koexistente aphasische Symptome stellen eine besondere Erschwernis dar, eine depressive Verstimmung in ihrem vollen klinischen Ausmass ergründen zu können" (Kapfhammer, 2011, S. 256).

Menschen mit einer Aphasie müssen lernen, mit weitreichenden psycho-sozialen Folgen umzugehen. Das Berufsleben und das soziale Leben sowie die Psyche und die familiären Strukturen verändern sich.

Von Aphasie betroffene Personen müssen häufig erleben, dass sich die Leute um sie herum immer mehr zurückziehen, was zu sozialer Isolation führen kann (vgl. Steiner & Hönig, 2002, S.34). Zudem sind sie oft ein Leben lang auf die Unterstützung anderer angewiesen, wodurch eine psychische und physische Abhängigkeit entsteht. (vgl. Tesak & Brauer, 2014, S. 34). Auch hier wird die Ähnlichkeit zu den Folgen einer PSD sichtbar.

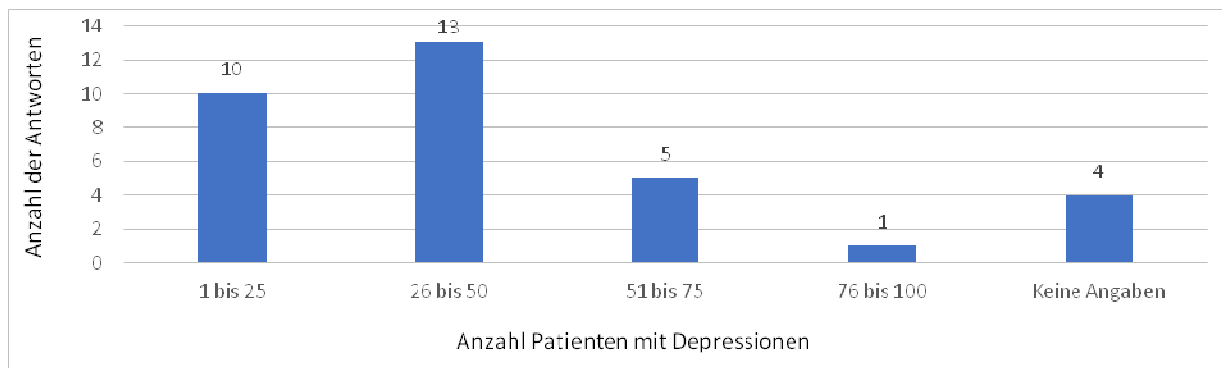
3. PSD bei Aphasie

Im folgenden Kapitel werden die Poststroke Depression und Aphasie verknüpft. Es soll aufgezeigt werden, inwiefern die beiden Krankheitsbilder zusammenhängen und wie sie sich gegenseitig beeinflussen. Da im Fragebogen Fragen zu diesem Themenbereich gestellt wurden, werden die dazugehörigen Auswertungen bereits in den folgenden Abschnitten eingebaut.

3.1 Häufigkeit

In der Literatur wird mehrfach erwähnt, dass die Häufigkeit einer PSD bei aphasischen Menschen nicht genau eingeschätzt werden kann. "Da Patienten mit prominenten aphasischen Symptomen oder demenziellen Syndromen in den meisten Poststroke-Depressionsstudien nicht erfasst wurden, dürfte es sich bei den berichteten Häufigkeiten um eine tendenziell unterschätzte depressive Komorbidität handeln" (Kampfhammer, 2011, S. 255). Trotzdem wird in der Literatur vereinzelt festgehalten, dass etwa ein Drittel aller aphasischen Menschen im Verlauf der Krankheit an einer Depression leidet.

Im Fragebogen sollten die befragten Logopädinnen selbst die Häufigkeit einer PSD bei aphasischen Menschen gemessen an 100 Patienten einschätzen, wobei Folgendes herauskam:



Grafik 1: Geschätzte Anzahl aphasischer Menschen mit PSD (Carr, 2017)

Die Grafik bestätigt, wie schwierig die Einschätzung wirklich ist. Eine knappe Mehrheit hat aphasische Menschen, welche an einer Depression leiden, auf einen Drittel geschätzt. Fast gleich viele gehen jedoch von einem Viertel oder weniger aus. Vereinzelt wurde die Anzahl auch auf die Hälfte oder mehr geschätzt.

3.2 Diagnose der PSD bei Betroffenen mit Aphasie

Im Fragebogen wurde danach gefragt, ob die Logopädinnen aphasische Patienten mit einer PSD haben. Dies deshalb, weil die Diagnose der PSD durch eine bestehende Aphasie erschwert wird (siehe dazu Kapitel 3.2.1).

Die Auswertung der Fragebögen hat gezeigt, dass aktuell acht befragte Logopädinnen Patienten mit einer diagnostizierter PSD in der Therapie haben und 23 solche ohne Diagnose. Eine Person machte keine Angaben dazu.

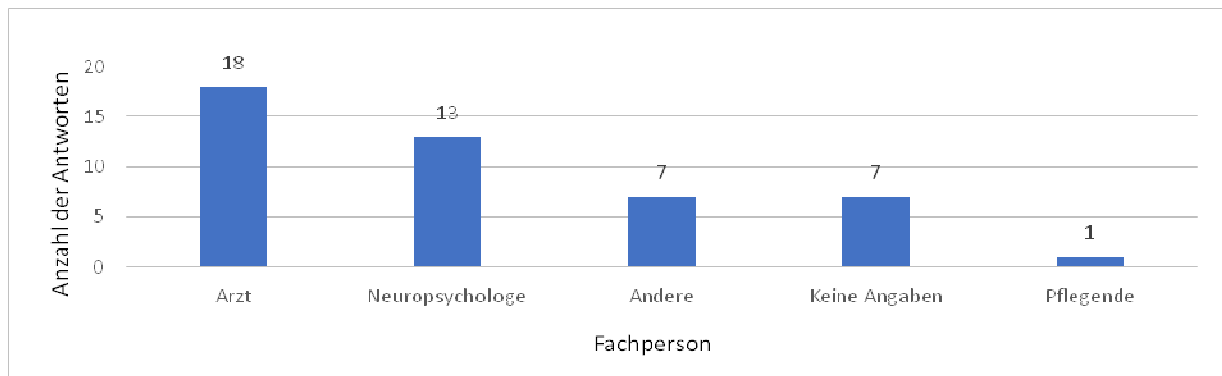
Weiter haben 26 Befragte Patienten mit einem Verdacht auf PSD, vier haben aktuell keine solchen Patienten. Zwei Personen machten keine Angaben dazu.

Im Folgenden soll nun erläutert werden, welche Schwierigkeiten auftreten, wenn bei einem von Aphasie betroffenen Menschen die Diagnose gestellt werden soll. Zudem soll der Einbezug von Logopädinnen als kommunikative Begleiter diskutiert werden.

3.2.1 Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung

Die Diagnose der PSD bei Menschen mit einer Aphasie stellt eine zusätzliche Schwierigkeit dar, weil die Betroffenen sich oft nicht mehr genügend differenziert ausdrücken können (vgl. Kapfhammer, 2011, S. 256). Zudem gibt es Betroffene, welche keine Krankheitseinsicht oder nebst den emotionalen Beschwerden auch kognitive Einschränkungen haben. In diesen Fällen kann es dazu kommen, dass die Diagnostik nicht durchgeführt werden kann (vgl. Kapfhammer, 2011, S. 255). Wenn es schliesslich darum geht, wie vorgegangen werden soll, gibt es drei verschiedene Varianten: Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren sowie nonverbale Verfahren. Alle drei Varianten haben gewisse Nachteile; sie werden oft verwendet und sind nicht individuell an den Betroffenen angepasst. Selbsteinschätzungsverfahren, setzen sprachliche Fähigkeiten des Betroffenen voraus. Das heisst konkret, ein Sprach- und Lesesinnverständnis muss vorhanden sein. Ist dies nicht der Fall, werden nonverbale Verfahren eingesetzt, zum Beispiel Stimmungstafeln oder eine klinische Verhaltensbeobachtung. Problematisch dabei ist, dass diese Verfahren nicht alle möglichen Symptome der depressiven Störung erfassen können. Fremdeinschätzungsverfahren können von Angehörigen und Freunden oder auch Pflegefachkräften ausgefüllt werden. Die Schwierigkeit besteht aber weiterhin darin, dass Aussenstehende die wirkliche Situation der Betroffenen nicht immer hundertprozentig einschätzen können. Oft schätzen sie diese schlechter ein als sie sich selbst (vgl. Wipprecht & Grötzbach, 2013, S. 314).

Die Logopädinnen wurden im Fragebogen danach gefragt, welche Fachperson bei ihnen in der Institution für die Diagnose der PSD verantwortlich ist, da verschiedene Fachpersonen eine Ausbildung dazu haben.



Grafik 2: Fachpersonen, welche die Diagnose PSD stellen (Carr, 2017)

Eine Mehrheit der Befragten hat festgehalten, dass der Arzt die Diagnose stellt. Auch der Neuropsychologe wurde häufig als Diagnosesteller angegeben. Andere antworteten, dass der Hausarzt, die Psychologin oder das interdisziplinäre Team die Diagnose stellt.

3.2.2 Einbezug der Logopädinnen

Die befragten Logopädinnen werden bisher kaum in die Diagnose miteinbezogen, viele sind damit jedoch nicht einverstanden. Die Befragung zeigte, dass die Mehrheit gerne in die Diagnostik miteinbezogen werden würden. 21 antworteten mit ja, 9 mit nein und 2 gaben keine Antwort.

Befragte, welche sich dafür ausgesprochen haben, haben dies mit folgenden Argumenten begründet: Sie sind Experten für alles, was mit Sprache zu tun hat. Trotz der Einschränkung der sprachlichen Ausdrucksweise und des Sprachverständnisses, haben sie einen guten sprachlichen Zugang zum Patienten mit Aphasie. Gerade die Logopädinnen können sich die Zeit nehmen, am verbalen und nonverbalen Ausdruck des Betroffenen zu arbeiten. Sie können bei der Verständigungssicherung helfen, indem sie die Aufgabe einer Übersetzerin übernehmen. Für den Betroffenen stellen sie wichtige Kommunikationspartner dar, welche unbedingt mit dem Psychologen zusammen arbeiten sollten.

Daran schliessen die Argumente bezüglich Vertrauen an. Logopädinnen können bereits nach wenigen Sitzungen ein gutes Vertrauensverhältnis zum Betroffenen aufbauen. Weil die Therapie meist lange dauert und dabei ein regelmässiger Kontakt zum Betroffenen besteht, kann eine vertrauensvolle Situation entstehen, welche von Kommunikation geprägt ist.

Da Logopädinnen nahe am Patienten sind, können sie seine Reaktionen besser einschätzen und dies wiederum für Aussenstehende übersetzen.

Sie haben ein besseres Verständnis für die Problematik der Sprache bei Aphasie, was ihre Motivation, daran zu bleiben, steigert. Die Befragten sehen sich teilweise als Hinweisgeberinnen, damit ein Betroffener überhaupt abgeklärt wird, falls sie einen Verdacht auf eine Depression haben.

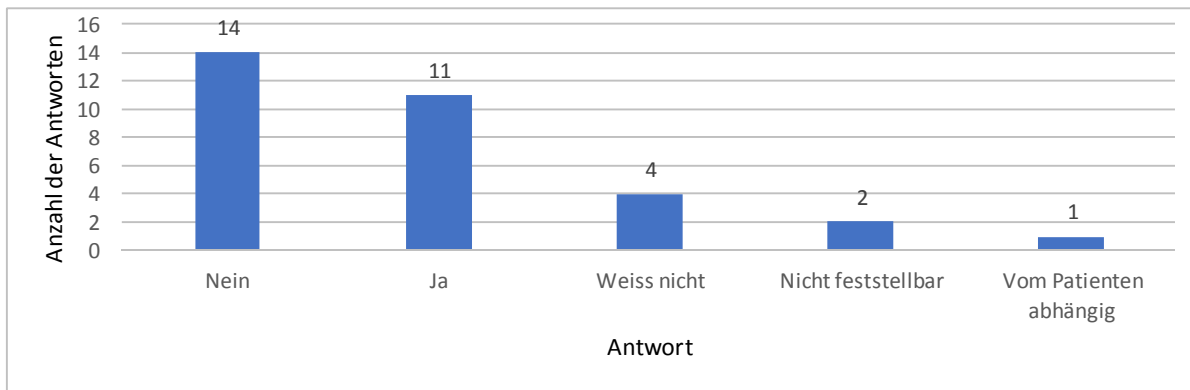
Auch der interdisziplinäre und interprofessionelle Austausch wurde erwähnt. Es ist wichtig, verschiedene Fachpersonen in die Diagnostik miteinzubeziehen, denn alle erleben den Betroffenen in verschiedenen Situationen und können ihren Teil zum Gesamtbild beitragen. Jede einzelne Beobachtung, also auch jene der Logopädinnen, kann die Testdiagnostik ergänzen.

Befragte, welche sich gegen den Einbezug der Logopädinnen in die Diagnostik ausgesprochen haben, argumentierten wie folgt: Sie sind nicht die richtigen Fachpersonen auf diesem Gebiet; es ist nicht ihre Kernkompetenz. Sie haben keine entsprechende Ausbildung und sind nicht dafür qualifiziert, sich um die Diagnostik der PSD zu kümmern. Weiter wurde gesagt, dass beispielsweise Neuropsychologen besser geeignet wären, da sie Fachpersonen auf diesem Gebiet sind. Zusätzlich wurde bemerkt, dass der Einbezug der Logopädinnen für diese einen Zusatzaufwand bedeuten würde, da sie öfter mit dem Arzt kommunizieren müssten.

Fazit: Gerade weil viele Logopädinnen keine psychotherapeutische Ausbildung haben, gestaltet sich deren Einbezug wahrscheinlich auch in Zukunft als schwierig. Die Ergebnisse zeigen aber klar, dass es sich lohnen würde, sich für einen Einbezug einzusetzen. Logopädinnen sind Experten für die Sprache und eine enge Bezugsperson der Betroffenen. Ihre Erkenntnisse könnten dann beispielsweise mit dem Arzt geteilt werden. Schliesslich bedeutet "Einbezug in die Diagnosestellung" Austausch und nicht, dass die alleinige Verantwortung bei Logopädinnen liegen würde.

3.3 PSD bezogen auf Schweregrad und Phase der Aphasie

Die Logopädinnen wurden dazu befragt, ob ihrer Meinung nach der Schweregrad und die Phase der Aphasie das Auftreten einer PSD begünstigen. Das Ergebnis des Fragebogens sieht wie folgt aus:



Grafik 3: Begünstigung einer PSD durch den Schweregrad der Aphasie (Carr, 2017)

Viele der Befragten, welche mit Ja geantwortet haben, gehen davon aus, dass Patienten mit einer schweren (zum Beispiel globalen) Aphasie eher an einer Depression leiden. Dies deswegen, weil sie durch ihre beeinträchtigte Lebensqualität schneller belastet zu sein scheinen. Sie führen dies darauf zurück, dass ihre Ausdrucksmöglichkeiten stark eingeschränkt sind oder fehlen. Dieser Umstand ist allgemein schwer zu verarbeiten. Zudem kann das Krankheitsereignis so nicht verbal geteilt und verarbeitet werden. Das heisst, das Geschehene wird nur rudimentär oder eben gar nicht hinreichend besprochen. Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen und Ängste belasten den Betroffenen, er wird jedoch damit alleine gelassen.

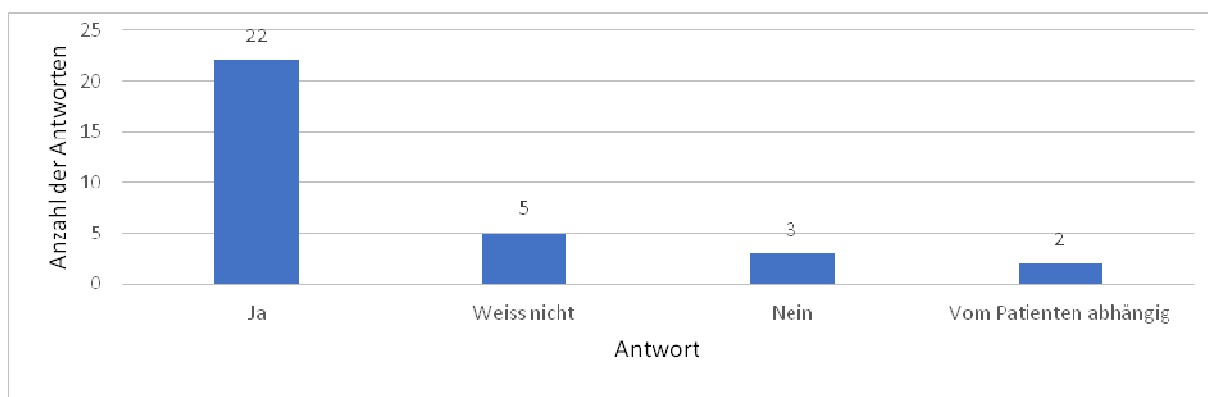
Dies führt zu den Argumenten bezüglich Persönlichkeit und Lebensschicksal der Betroffenen. Viele fühlen sich mutlos, da bei einer schweren Aphasie die Aussicht auf eine vollständige Besserung als weit entfernt oder nicht erreichbar empfunden wird. Sie empfinden oft emotionale Not, da sie sich nicht mehr genügend mitteilen können. Trotz allem wollen vereinzelt Befragte hier nicht ausschliessen, dass auch leichte Aphasien zu einer PSD führen können; dies hängt nicht zuletzt von der Persönlichkeit und dem Umfeld des Betroffenen ab. Zudem muss abgeklärt werden, ob schon vor dem Schlaganfall eine Depression bestanden hat. Eine befragte Person schrieb: "Die klinische Erfahrung zeigt aber auch, dass es schwerstbetroffene Aphasiker ohne PSD gibt und leichter betroffene mit".

Befragte welche vermeinten, verweisen klar darauf, dass die Entstehung einer PSD abhängig ist von der psychischen Stabilität und Grundstimmung. Patienten mit fehlendem oder instabilem sozialen Umfeld seien eher oder vor allem schwerer von einer Depression betroffen. Daher könne auch eine leichte Aphasie (z.B. bei einem Berufstätigen) zu einer PSD führen. Eine befragte Person antwortete, dass nicht feststellbar ist, ob sich der Schweregrad einer Aphasie auf die Entwicklung einer Depression auswirkt.

Obwohl die Begünstigung einer PSD durch den Schweregrad der Aphasie in der Literatur eher verneint wird (vgl. z.B. Weikert, 2004, S.61 / Huber et. al., 2006, S.139) besteht keine Einigkeit darüber.

Fazit: Weder in der Literatur noch bei den befragten Logopädinnen besteht Einigkeit darüber, ob der Schweregrad einer Aphasie eine Depression begünstigt. Fasst man jedoch die Ansichten der verneinenden Logopädinnen und die Angaben aus der Fachliteratur zusammen, kann davon ausgegangen werden, dass diese These verneint werden sollte.

Nachfolgende Statistik zeigt die Antworten der Befragten bezüglich Einfluss der Phase:



Grafik 4: Begünstigung einer PSD durch die Phase der Aphasie (Carr, 2017)

Bejahende Befragte antworteten zusammengefasst: Betroffene, welche sich noch verbal ausdrücken können sind eher motiviert, an sich zu arbeiten, auch wenn nur noch kleine Fortschritte möglich sind. Wie bei der Frage nach dem Einfluss des Schweregrads wurde geantwortet, dass die persönlichen Ressourcen (wie die Einschränkung empfunden wird) und die Art der Krankheitsverarbeitung eine grosse Rolle spielen. Auch hier hat die soziale Integration bedeutenden Einfluss, denn je isolierter der Betroffene ist, desto schlechter fühlt er sich.

Es kristallisierte sich zudem heraus, dass Betroffene vor allem in der chronischen Phase (12-18 Monate nach dem Ereignis) häufiger an einer Depression leiden. Grundsätzlich gilt also, je länger der Schlaganfall zurück liegt, desto häufiger die Wahrscheinlichkeit für eine Depression. Die Aussicht auf Besserung nimmt ab, was zu vermehrter Hoffnungslosigkeit und negativer Stimmung führt. Betroffene realisieren nicht selten erst in dieser Phase, was sich alles verändert hat und welche Beeinträchtigungen bleiben werden. Vor allem Menschen, welche vorher noch in den Arbeitsprozess eingebunden waren, können grosse Rückschläge erleiden. Eine befragte Person schreibt: "In der chron. Phase überwiegt das deprimierende Gefühl, die Mutlosigkeit, die Aussichtslosigkeit und die Trauer über den Verlust der Fähigkeiten, die Trauer über die Gewissheit, dass die Sprache nicht mehr wird wie früher".

Vereinzelt wurde auch festgehalten, dass Patienten in der akuten Phase eher depressiv werden, weil sie unter Angst und Unsicherheit leiden und erste Veränderungen wahrnehmen. Die Depression würde sich im Verlauf jedoch noch verschlimmern, wenn die Fortschritte nicht mehr gross sind. Man geht davon aus, dass sich eine Depression nach der Rehabilitation noch verstärkt, weil dann der richtige Alltag zurückkehrt. Huber et. al. (2006) schreiben dazu:

Die Patienten erkennen während der Anschlussheilbehandlung das Ausmass ihrer Störungen und stellen traurig fest, dass es nicht zu einer raschen Rückbildung und zu grossen Therapieerfolgen kommt. Bei der Rückkehr nach Hause können die zusätzlichen psychosozialen Belastungen zu einer erneuten Depression führen.

Folgende Argumente der Befragten verneinen einen Einfluss der Phase der Aphasie auf eine Depression: Sie sagen, dass das Auftreten einer Depression hauptsächlich von der Persönlichkeit des Betroffenen abhängt. Manche befinden sich eher zu Beginn der Erkrankung in einer depressiven Phase, andere erst im Verlaufe der Krankheit, weil sich die erwünschten Verbesserungen nicht oder zu langsam einstellen. Manche erleiden erst eine Depression, wenn sie wieder in ihrem «gewohnten» Alltag ankommen.

Fazit: Hier spricht sich die Mehrheit für den Einfluss der Phase einer Aphasie auf eine Depression aus. Auch die Literatur spricht sich eher dafür aus (vgl. z.B. Pullwitt & Winnecken, 2012, S. 154). Auch wenn die Argumente der Verneinenden miteinbezogen werden, kann festgehalten werden, dass diese allein (Persönlichkeit) den Einfluss der Phase auf eine PSD nicht ausschliessen können. Welche Phase eine Entwicklung einer PSD wie begünstigt, ist jedoch unklar.

4. PSD bei Aphasie im Kontext Logopädie

Anschliessend an das vorherige Kapitel wird im Folgenden die Poststroke Depression bei Aphasie auf die logopädische Therapie bezogen werden. Dabei soll einerseits aufgezeigt werden, welche Schwierigkeiten und Grenzen bei der therapeutischen Arbeit existieren. Andererseits wird diskutiert, wie die Logopädinnen damit umgehen können und wen sie zur Unterstützung beziehen können.

4.1 Therapieplanung

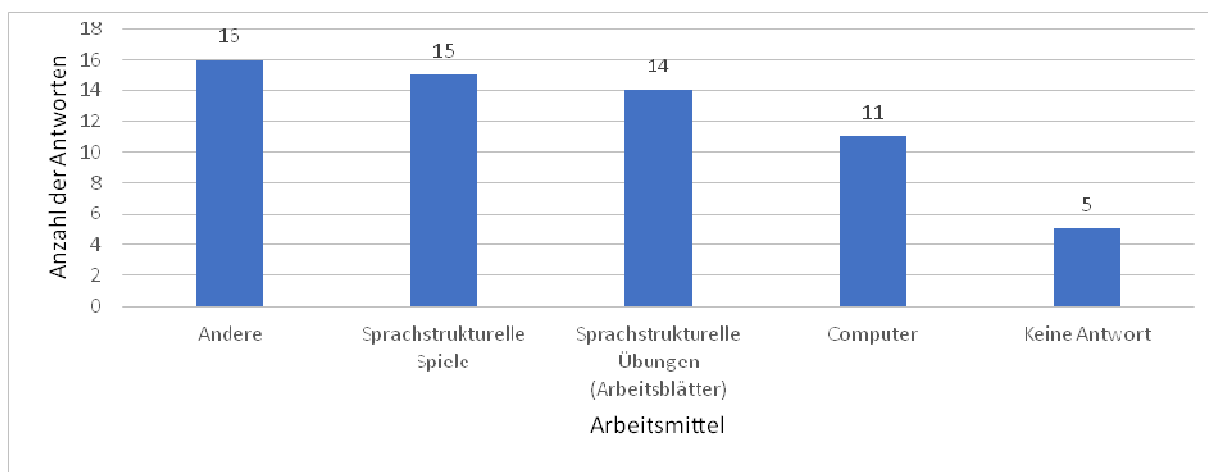
Eine gute Therapieplanung zeichnet sich dadurch aus, dass sie den Bedürfnissen des Patienten angepasst ist und sich bei Bedarf flexibel abändern lässt (vgl. Weissgärber, 1999, S. 42). Deshalb ist es wichtig, sich mit den verschiedenen Arbeitsmitteln auszukennen, um diese gezielt

einsetzen zu können. Auch die Festlegung der Therapiefrequenz ist ein wichtiger Teil der Therapieplanung.

Es ist klar, dass weitere Aspekte zu einer seriösen Therapieplanung gehören; viele überschneiden sich aber mit denjenigen aus dem Therapieverlauf und Therapieerfolg (Kap. 4.2). Daher soll im Folgenden vorerst erläutert werden, welche Arbeitsmittel wie verwendet werden können und welche Bedeutung die Therapiefrequenz hat.

4.1.1 Arbeitsmittel

Die Arbeitsmittel sind ein wichtiger Bestandteil der ganzen Therapie. Da Logopädinnen sich jedoch bereits vor der jeweiligen Therapie überlegen müssen, wie sie mit dem Betroffenen arbeiten möchten, ist dieser Abschnitt unter Therapieplanung eingeordnet. In der folgenden Statistik wird gezeigt, welche Arbeitsmittel wie häufig verwendet werden und was die Logopädinnen zusätzlich gebrauchen.



Grafik 5: Verwendete Arbeitsmittel in der Therapie von aphasischen Menschen mit PSD (Carr, 2017)

Die Statistik zeigt, dass sprachstrukturelle Spiele und Übungen sowie der Computer von den Logopädinnen in etwa gleich oft eingesetzt werden. Zusätzlich wurde das Einsetzen von Tablets oder Musik und Bewegung vorgeschlagen, sofern dies möglich ist.

Abgesehen von diesen Arbeitsmitteln hielten aber viele Befragte fest, dass es sehr individuell ist, mit was und wie mit einem depressiven aphasischen Betroffenen gearbeitet wird. Dies bedeutet, dass man auch von der klassischen Aphasietherapie abweichen kann. Das Therapiematerial muss dem Schweregrad der Sprachstörung angepasst sein. Befragte Personen schrieben, dass der Patient sich vom Therapiematerial persönlich angesprochen fühlen soll; es muss also patientenzentriert sein.

Daher sollte dieses das Interesse den Patienten wecken und somit motivierend sein. Dafür bietet es sich an, Material auszuwählen, welches sich nahe am Leben des Patienten befindet. Durch alltagsnahe Übungen lernt der Betroffene viel für später. Es wurde vorgeschlagen, an Hobbies des Betroffenen anzuknüpfen oder mit ihm bibliographische Übungen durchzuführen.

Durch eine positive Übungsatmosphäre sollten Erfolgserlebnisse und kurze positive Momente entstehen, welche wiederum die Motivation steigern. Gerade die Abwechslung in den Übungen kann Spass machen und so das Selbstbewusstsein der Betroffenen stärken. Nicht vergessen werden darf, die Ressourcen des Betroffenen zu kräftigen, da sie ihn auf sein Eigenes zurückführen. Weiter wurde erwähnt, dass Ablenken vom emotionalen Befinden manchmal eine gute Strategie sein kann, um den Betroffenen zum Mitmachen zu bringen. Ablenken kann bedeuten, den Fokus nicht zu stark auf die Sprache an sich zu richten oder durch gezielte Übungen und Spiele kleine Erfolgserlebnisse zu ermöglichen.

Eine befragte Person hatte wiederum die Erfahrung gemacht, dass Patienten gerade bei kommunikativen Übungen abzuholen sind, weil sie dort die grösste Beeinträchtigung haben und diese vermindern wollen. Dies könnte zum Beispiel durch dialogische Übungen erfolgen.

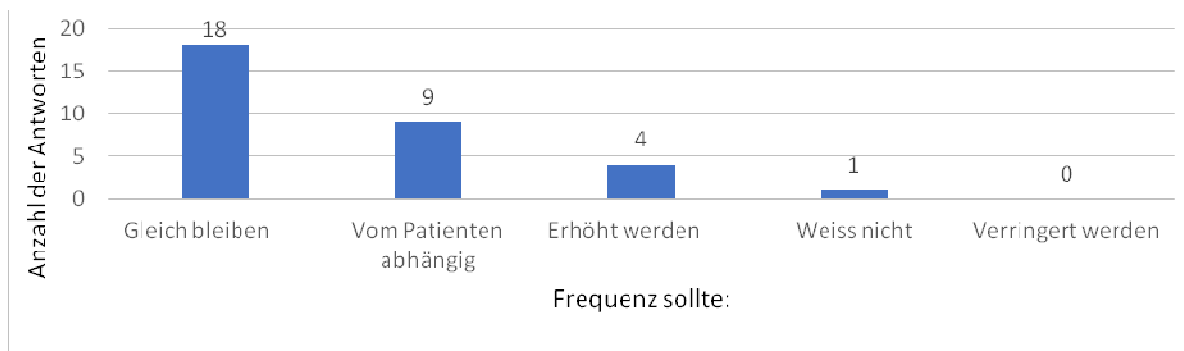
In einer weiteren Antwort im Fragebogen wurde festgehalten, dass die Grundhaltung der Therapeutin bei jeglicher Art von Übung stets wertschätzend, einfühlsam, lösungs- und ressourcenorientiert sein muss. Genügend Informationen und Gespräche über die Befindlichkeit sind ebenfalls nicht zu unterschätzen. Eine Logopädin schrieb: "Ein anfängliches Gespräch (in jeder Stunde) ist m.E. sehr wichtig (Wie geht es dem Pat? Konnte er schlafen? Wie ist die Stimmung heute? Worin liegen bspw. Die Probleme? Was könnte zur Lösung beitragen?) und bekommt bei Pat. mit der PSD einen noch höheren Stellenwert. In diesem Sinne: Ohne Beziehung keine Therapie und auch keine Zielerreichung."

Die Einbeziehung von Angehörigen in die Therapieplanung wurde ebenfalls festgehalten. Sie kennen den Betroffenen besser und können somit wertvolle Hinweise liefern.

Fazit: Nebst den klassischen Arbeitsmitteln, welche sich bereits bewährt haben, wurden in der Befragung viele weitere Methoden genannt, welche unbedingt berücksichtigt werden müssen: Ressourcenorientierung, alltagsrelevante Übungen und Gespräche über die Befindlichkeit des Patienten sind demnach wichtige Bausteine, welche in der Therapieplanung und auch im weiteren Verlauf berücksichtigt werden müssen. Schütz (2013) schreibt: "Die Sprachtherapeutin bringt dem Gegenüber dazu Authentizität, Empathie und Akzeptanz entgegen". Eine Kombination der Arbeitsmittel, welche individuell angepasst ist, wäre demnach die beste Vorgehensweise. Angehörige sollten soweit möglich in die Therapieplanung miteinbezogen werden..

4.1.2 Therapiefrequenz

Die Therapiefrequenz spielt im logopädischen Setting eine wichtige Rolle. Schliesslich sollte der Betroffene gefordert aber nicht überfordert werden. Gerade im Zusammenhang mit einer PSD bei Aphasikern ist dies ein heikles Thema. Die Frage, ob daher die Therapiefrequenz eher erhöht, verringert werden oder gleich bleiben sollte, haben die Befragten wie folgt beantwortet:



Grafik 6: Intensität der Therapiefrequenz bei aphasischen Menschen mit PSD (Carr, 2017)

Nicht viele Befragte haben sich für die Erhöhung der Therapiefrequenz bei depressiven, aphasischen Personen ausgesprochen. Befürworter begründeten die Erhöhung so, dass dadurch dem Patienten mehr Tagesstruktur gegeben werden kann. Er sollte nicht das Gefühl haben, alleine gelassen zu werden. Daher sind der soziale Kontakt und die enge therapeutische Begleitung von zentraler Bedeutung. Eine Logopädin schrieb: "Eine intensive Begleitung auch i.S.e [im Sinne einer, Anm. d. Verf.] emotionalen Unterstützung (zuhören, aufgreifen, mitfühlen, Mut sprechen, Ressourcen bewusst machen) ist sicherlich auch im Rahmen einer log. Therapie sinnvoll." Gerade sozial wenig eingebettete Patienten könnten vom erhöhten Beziehungsangebot profitieren, auch wenn sie sich innerlich zurückziehen.

Keine der befragten Personen entschied sich für eine Verringerung der Therapiefrequenz. Trotzdem bezieht sich ein Teil einer gegebenen Antwort darauf: "Verringern bedeutet für mich, dass der Patient eine wichtige Ansprechperson verliert – dies erscheint mir weniger sinnvoll (ausser er wünscht dies explizit). Weniger Interventionen signalisieren den Betroffenen eher weniger Hoffnung, dass die Therapie etwas bringt."

Wie in der Statistik ersichtlich, sprach sich die Mehrheit der Befragten für eine gleichbleibende Therapiefrequenz aus. Begründet wurde dies dadurch, dass alles andere (erhöhen und verringern) nicht sinnvoll, beziehungsweise unrealistisch ist. Es gäbe allgemein schon zu wenig Therapieplätze und die Krankenkassen würden immer weniger Therapien zahlen. Patienten ohne Depression dürfen nicht benachteiligt werden. Eine befragte Person sagt dazu: "Pat. mit wenig Leidensdruck haben Anrecht auf gleiche Therapiefrequenz wie Pat. mit hohem Leidensdruck."

Weiter wurde argumentiert, dass eine PSD an sich die Therapieintervalle nicht beeinflusse und sich somit die Frequenz deswegen nicht ändert. Nicht alle Befragten, welche sich für das Gleichbleiben der Therapie entschieden haben, stehen definitiv dahinter. Sie sagen, dass die Therapiefrequenz vor allem vom Schweregrad und der Belastbarkeit des einzelnen Patienten abhängig sei.

Befragte sprachen sich teilweise dafür aus, dass die Therapiefrequenz individuell angepasst werden müsse. Es gibt ihrer Ansicht nach keine allgemeine Tendenz und auch nicht nur eine richtige Massnahme. Zudem müsse die Phase der Aphasie beachtet werden, in welcher sich der Patient gerade befindet. Vielleicht wären dann für einen bestimmten Zeitraum andere Massnahmen sinnvoller. Die Belastbarkeit der Patienten spielt eine grosse Rolle, die Umstände müssen daher mit ihm und seinen Angehörigen geklärt werden. Eine befragte Person hielt fest: "Generell lässt sich nicht sagen, dass die Frequenz erhöht / gesenkt werden muss."

Unter den Antworten gab es noch allgemeine Bemerkungen. Sie lassen sich nicht in die Statistik einordnen, liefern aber wichtige Hinweise: Die Konfrontation mit den eigenen sprachlichen Defiziten ist oft schwierig und kann deprimierend sein; das darf bei der Frage nach der Therapiefrequenz nicht vergessen werden. Wiederum sprachen sich viele für die interdisziplinäre Zusammenarbeit aus, zum Beispiel mit Neurologen und Fachärzten.

Fazit: Die Mehrheit der Befragten hat sich für ein Gleichbleiben der Therapiefrequenz ausgesprochen. Ihre Argumente sind nachvollziehbar, trotzdem sollte individuell auch über eine Erhöhung der Therapiefrequenz nachgedacht werden. Es wäre angebracht, sich mit dem jeweiligen Betroffenen und seinen Angehörigen abzusprechen, sofern den Logopädinnen ein Spielraum bezüglich Therapiefrequenz gegeben ist.

4.2 Therapieverlauf und Therapieerfolg

Der Therapieverlauf und der Therapieerfolg von Menschen mit einer PSD werden massgeblich negativ von der PSD beeinflusst (vgl. Tesak, 2006, S.70). Dies bestätigt auch die Auswertung der Fragebögen. Dabei soll nicht vergessen werden, dass die hier angesprochenen Betroffenen zusätzlich an einer Aphasie leiden. Wie die PSD inklusive ihrer medikamentöse Behandlung den Therapieverlauf und Therapieerfolg von aphasischen Menschen beeinflusst, soll in den folgenden Abschnitten erläutert werden. Zudem soll aufgezeigt werden, wie Logopädinnen sinnvoll intervenieren können.

4.2.1 Die Rolle der Medikamente

Verschiedene Befragte haben beim Ausfüllen des Fragebogens erwähnt, dass den Betroffenen nach einem Schlaganfall zu schnell Medikamente, im Speziellen Antidepressiva, verschrieben werden. Dabei wird beklagt, dass dies das Einzige ist, was Ärzte tun. Sie denken, ihre Pflicht gegenüber dem Betroffenen damit erfüllt zu haben. Eine befragte Person erklärt: "Bestand eine Depression vor dem CVI⁵, dann ist es indiziert medikamentös zu behandeln, sonst nicht."

Weiter schrieben befragte Personen, dass die Medikamente der Betroffenen einen beträchtlichen Einfluss auf die logopädische Therapie haben können. Dies stellt für die Logopädinnen nebst den sprachlichen Barrieren eines aphasischen Betroffenen eine zusätzliche Einschränkung dar. Bis anhin werde die Problematik der schnellen Verschreibung von Medikamenten in der Praxis aber nicht genügend berücksichtigt. Die Müdigkeit und fehlende Konzentration der Betroffenen wurde in den Fragebögen vermehrt erwähnt. Abschnitt 4.2.3. sollte dazu beachtet werden, dort werden die Einflüsse der PSD auf die Therapie aphasischer Menschen genauer erläutert. Eine befragte Person schrieb: "Ein Patient mit Aphasie soll die Möglichkeit haben den Sprachverlust zu verarbeiten und nicht mit Psychopharmaka und Neuroleptika diesen natürlichen Vorgang unterdrücken".

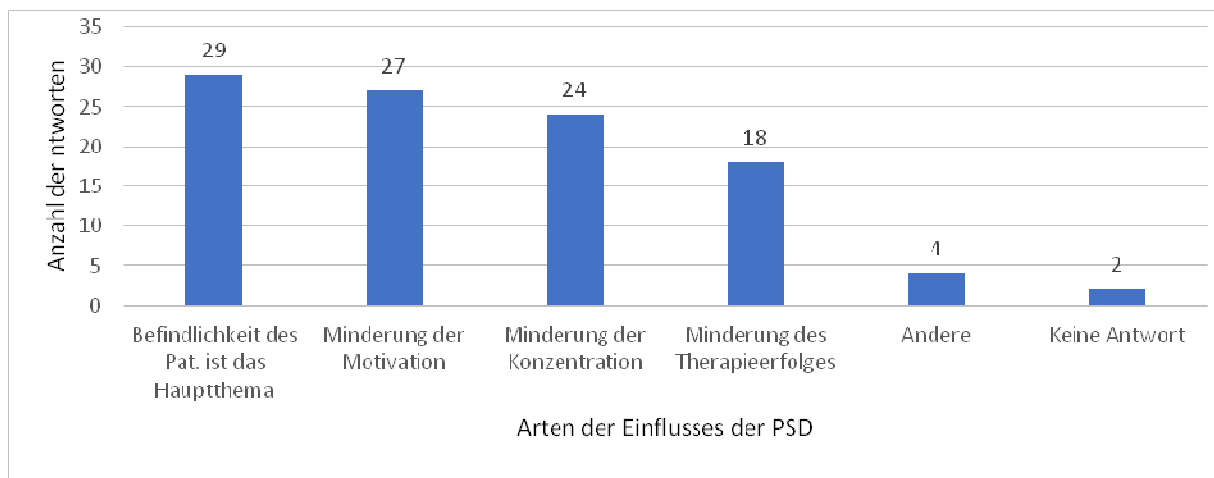
Problematisch ist, dass es zu diesem Thema noch zu wenig fundierte Untersuchungen und Studien gibt. Um diesen Konflikt zu lösen, wird in der Literatur mehrheitlich vorgeschlagen, eine kombinierte Therapie anzubieten. Dadurch würden pharmakologische und nichtmedikamentöse Verfahren gleichzeitig angewendet. "Als Mittel der Wahl gelten Antidepressiva in Kombination mit nichtmedikamentösen Verfahren, insbesondere die Durchführung einer psychosozialen Therapie" (Wipprecht & Grötzbach, 2013, S. 317).

Fazit: Bis zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich nicht sagen, welches die beste Lösung ist. Es scheint aber angebracht zu sein, dass Logopädinnen und auch andere Therapeuten sich mit dem Arzt austauschen und ihn auf die möglichen Schwierigkeiten bezüglich der Therapie aufmerksam zu machen. Dabei könnte zumindest über eine mögliche Reduktion von Medikamenten gesprochen werden. Oberstes Ziel ist es, dem Betroffenen die bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen.

4.2.2 Einfluss der PSD auf die Therapie und die therapeutische Beziehung

Eine PSD hat in den meisten Fällen eine negative Auswirkung auf die logopädische Therapie von aphasischen Patienten (vgl. ebd.). Die Logopädinnen wurden dazu befragt, inwiefern dies in ihren durchgeführten Therapien der Fall ist.

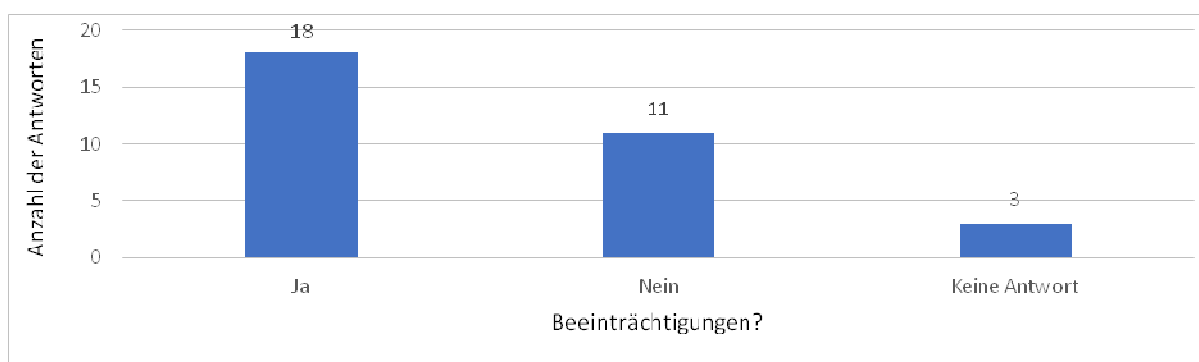
⁵ Cerebrovaskulärer Insult; Synonym für Schlaganfall



Grafik 7: Einfluss der PSD auf die Therapie aphasischer Menschen (Carr, 2017)

Die Grafik zeigt auf, dass die Minderung der Konzentration und Motivation sowie die emotionalen Probleme die grössten Schwierigkeiten in der Therapie darstellen. Nicht wenige haben angegeben, dass sich durch diese Einflüsse auch der Therapieerfolg der Betroffenen vermindert. Weiter wurde geantwortet, dass Patienten oft müde sind und nicht kooperieren. Das Setzen und Erreichen von Zielen wird durch die gegebenen Umstände erschwert.

Im Fragebogen wurde zusätzlich danach gefragt, ob es Beeinträchtigungen im Aufbau einer therapeutischen Beziehung bei aphasischen Patienten mit PSD gibt. Folgendes kam dabei heraus:



Grafik 8: Einfluss der PSD auf die therapeutische Beziehung (Carr, 2017)

Auch hier war die geringe oder fehlende Motivation für die Therapie ein grosses Thema. Die Motivationslosigkeit beeinträchtigt den Aufbau eines therapeutischen Verhältnisses erheblich. Wenn der Betroffene nicht mitarbeitet und wenig Eigeninitiative zeigt, stellt dies die Therapeutin vor grosse Herausforderungen. Konzentrationsschwächen und damit verbundene Leistungseinschränkungen erschweren die therapeutische Arbeit und somit auch das Verhältnis.

Ebenfalls berichteten Befragte von nicht vorhandener Therapieeinsicht und nicht vorhandenem Störungsbewusstsein, was zu Verweigerung und gegebenenfalls zu Vermeidung führt. Manche Betroffene kommen nicht zur Therapie, weshalb das therapeutische Verhältnis sich nicht entwickeln kann. Genannt wurde eine weitere Gruppe von Betroffenen, welche weniger zugänglich sind und nichts von sich Preis geben wollen. Sie vermeiden häufig den Blickkontakt, wodurch ein spontanes Gespräch schwer zustande kommt. Vielleicht wäre genau dieses die Grundlage für ein gutes therapeutisches Verhältnis.

Erschwerte Kontaktaufnahme bedeutet verlangsamter Beziehungsaufbau. Wie bei Depressionen zu erwarten, wirkt sich oft der psychische Zustand der Patienten auf den Aufbau eines guten therapeutischen Verhältnisses aus: Schlechte Belastbarkeit, Mut- und Hoffnungslosigkeit, gedämpfte Stimmung, Reduziertheit, niedrige Frustrationstoleranz. Ein Tipp einer Befragten zum Umgang damit ist: Geduld und Empathie dem Betroffenen gegenüber. Dies bestätigt auch die Literatur. Weikert (2004) schreibt:

Die Sprachtherapeutin bringt dem Gegenüber dazu Authentizität, Empathie und Akzeptanz entgegen. Als Methode verwendet sie hauptsächlich das aktive Zuhören: Sie versprachlicht und paraphrasiert die Äusserungen der zu beratenden Person, d.h., sie gibt sie in anderen Worten wieder. Der Ansatz eignet sich somit v.a. bei emotionalen Themen. (Schütz, 2013, S. 133/ 134)

Befragte, welche Beeinträchtigungen der therapeutischen Beziehung vermeinten, haben Folgendes festgehalten: Auch Betroffene ohne PSD können verschlossen sein und somit einen Aufbau einer therapeutischen Beziehung erschweren. Zudem sind gerade depressive Patienten oft froh darüber, im Rahmen der Sprachtherapie die Möglichkeit zu haben, ihre Gefühle zu benennen und ihre schwierige Situation zu verbalisieren, so gut sie dies noch können.

4.2.3 Nähe-Distanz-Verhältnis (Therapeutin und Patient)

Vereinzelt haben Befragte geantwortet, dass sie keinen Unterschied sehen zwischen depressiven und nicht depressiven aphasischen Betroffenen. Sie sagen, dass ein Nähe-Distanz-Verhältnis bei allen Patienten auf die gleiche Art und Weise aufgebaut wird. Daher gehen sie auf alle Patienten gleich ein.

Die anderen Befragten gaben verschiedene Tipps, wie sie mit der Situation umgehen: Viele betonen die professionelle Therapeutenrolle und die damit verbundene professionelle Haltung und Hilfestellung. Der weisse Kittel baut automatisch eine Distanz auf. Der Fokus muss auf der Sachebene bleiben, dabei helfen die «Sie-Form», klare Zielsetzungen und eine klare Definition des Auftrages. Man muss sich bewusst sein, dass die Beziehung als solche nur während der Therapiestunde existiert.

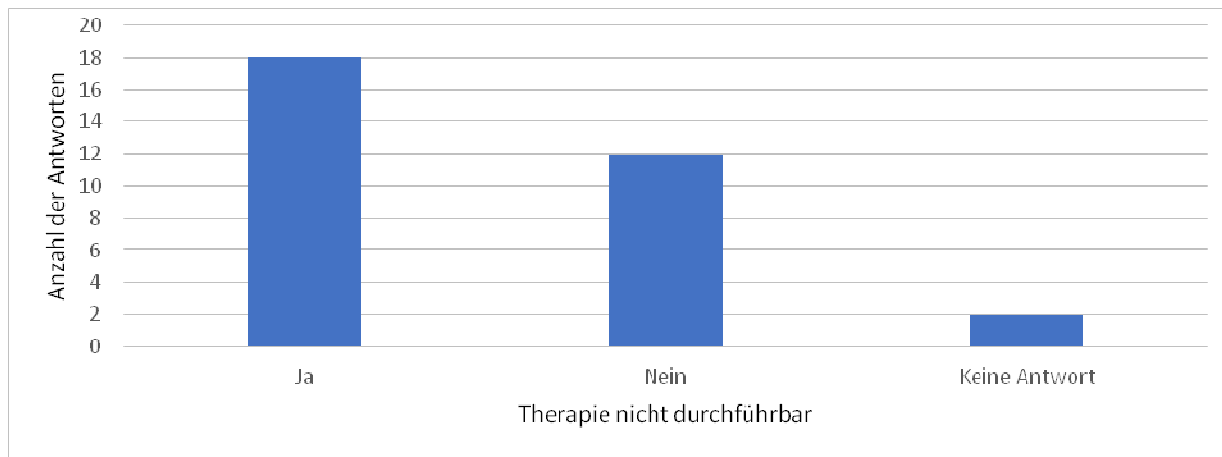
Weitere wichtige Punkte sind eine gesunde Psychohygiene, sowie eine fortlaufende Selbstreflexion. Dabei geht es um die stetige Auseinandersetzung mit sich selber, damit man seine eigene Psyche gut kennt. Dies verhilft wiederum dazu, die Gefühle des Patienten von den eigenen abzugrenzen. Eine befragte Person schrieb: "Die Gefühle des Patienten, der Patientin bei ihm/bei ihr verorten und nicht zum eigenen Gefühl werden lassen". Trotzdem sollte man auch als Therapeutin Gefühlsschwankungen bei sich selber zulassen können. Eine offene Aussprache ist hilfreich, wenn Grenzen überschritten werden.

Wichtig ist aber immer die Berufsabgrenzung, denn Logopädinnen sind keine Psychologinnen. Einzelne Befragte haben eine zusätzliche psychotherapeutische Ausbildung, was ihnen beim Umgang mit diesem Thema einen grossen Vorteil verschafft. Eine befragte Person hielt fest: "Empathie, und die Anpassung an den jeweiligen Patienten dürfen auch hier nicht vergessen werden. Gleichzeitig Akzeptanz der PSD und dem Bedürfnis nach Rückzug von Seiten des Patienten; Geduld."

Die logopädische Behandlung eines Betroffenen könnte zudem aufgeteilt werden, womit ein kollegialer Austausch innerhalb derselben Disziplin möglich wird. Erwähnt wurden zusätzlich noch die Super- und Intervision als nützliche Unterstützung. Wenn man dennoch an seine Grenzen stösst, ist die Weiterverweisung an die richtigen Fachpersonen, beispielsweise an Psychologen, angebracht.

4.2.4 Therapieabbruch

Wie in Kapitel 4.2.2. bereits erwähnt, fällt es vielen Schlaganfallpatienten mit einer Aphasie schwer, sich für die therapeutischen Massnahmen zu motivieren. Daher wurde im Fragebogen danach gefragt, ob die Logopädinnen bereits Therapieabbrüche auf Wunsch des Betroffenen und seiner Angehörigen erlebt haben. Wie der nachfolgenden Statistik zu entnehmen ist, hat die Mehrheit der Befragten schon Betroffene in der Therapie gehabt, bei welchen diese nicht (mehr) durchführbar war.



Grafik 9: Therapieabbruch (Carr, 2017)

Therapieabbrüche erfolgten laut Angaben der Befragten vor allem deswegen, weil die Betroffenen nicht genügend Motivation für die Therapie aufbringen konnten. Ihre Compliance (kooperatives Verhalten in der Therapie, Anm. d. Verf.) war nicht vorhanden. Dazu kamen Passivität, Antriebsminderung und Konzentrationsstörungen. Sie konnten sich nicht auf die gestellten Aufgaben einlassen oder sie gaben frühzeitig auf. Dazu schrieb eine befragte Person: "Der Patient übte zu Hause auch mit Aufforderung des Umfeldes gar nicht (Depression) und fand dann, er mache keine Fortschritte und könne die Therapie auch grad abrechnen. Zudem gefiel ihm mein Therapiematerial nicht". Dieses Verhalten ist mehrheitlich auf ihren schlechten psychischen Zustand zurückzuführen, denn die Psyche spielt eine wesentliche Rolle.

Weitere Gründe waren Therapieverweigerung und Abwehr von Anfang an, Betroffene sagten die Therapie ab oder erschienen nicht. Eine Befragte entgegnete jedoch wie folgt: „Dies würde ich nicht allzu hoch bewerten, da bei anderen Patienten ebenfalls Therapien ausfallen können. Die Gründe (Schmerzen, Müdigkeit, weil zu viele Therapien oder die Nacht nicht gut geschlafen...) sind gleich vielfältig, ob mit oder ohne PSD.“

Andere Befragte beschrieben Situationen, in denen der Fokus der Therapie stets zu stark auf die Befindlichkeit des Patienten gerichtet war. Es kam zu emotionalen Ausbrüchen, wie zum Beispiel pausenloses Weinen ohne sich beruhigen zu können oder grundsätzliche Resignation. Teilweise führte auch gewisses Therapiematerial (Bsp. Musik) zu starken emotionalen Reaktionen, welche dann zu einem Therapieabbruch führten.

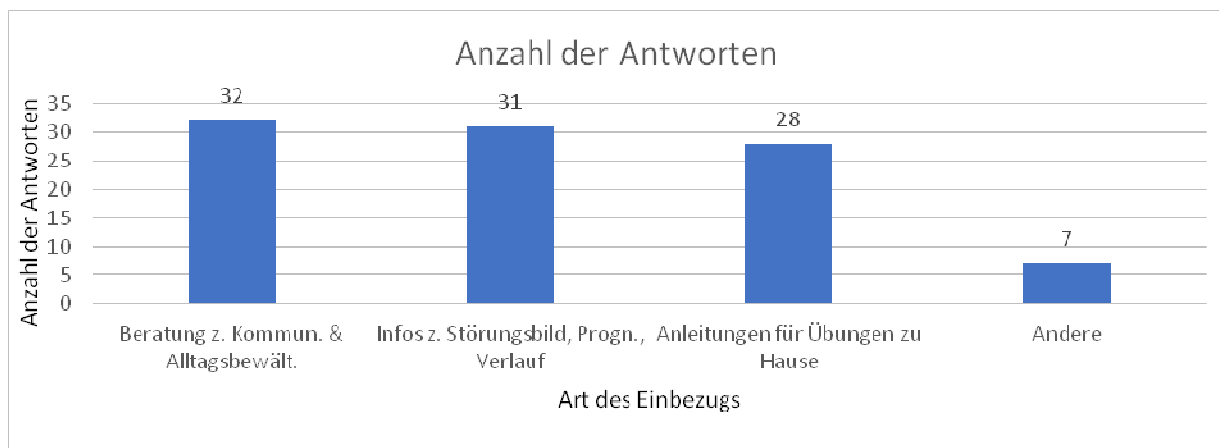
4.2.5 Einbezug der Angehörigen

Wie in der vorliegenden Arbeit bereits erwähnt wurde, ist der Einbezug von Angehörigen in die Therapie nicht zu unterschätzen. Von einer Zusammenarbeit können alle Beteiligten profitieren.

Angehörige kennen den Betroffenen besser als die behandelnden Therapeuten, weshalb sie eine wichtige Informationsquelle darstellen. Weil sie weiterhin wichtige Bezugspersonen für den Betroffenen sind, ist es die Aufgabe der Logopädinnen, sie angemessen über die Situation zu informieren und ihnen Tipps zu geben, wie sie damit umgehen können. Wenn die Angehörigen genügend miteinbezogen werden und sich selber Fachwissen aneignen können, kann das Konfliktpotenzial zwischen ihnen und den Betroffenen gesenkt werden, was wiederum die Lebensqualität aller Beteiligten erhöhen wird.

Das bedeutet, dass den Angehörigen in der Sprachtherapie nicht nur die Laien-Rolle (Denhardt & Ritterfeld 1998), also die Rolle der Zuschauer und zu Beratenden, zugewiesen werden darf, sondern sie aktiv einbezogen werden müssen im Sinne einer konkreten Hilfestellung bei der Bewältigung der veränderten Kommunikationssituation. (Weikert, 2004, S.127)

In der folgenden Statistik soll gezeigt werden, inwiefern es den befragten Logopädinnen möglich ist, Angehörige in die Therapie mit einzubeziehen.



Grafik 10: Einbezug der Angehörigen in die Therapie (Carr, 2017)

Man kann erkennen, dass Logopädinnen die oben vorgegebenen Einbezüge in etwa ähnlich oft anbieten. Es fällt auf, dass sich niemand gegen eine Art von Einbezug geäußert hat.

Andere befragte Logopädinnen äusserten weitere Einbezugsmöglichkeiten:

- Psychologische und telefonische Beratung
- Domizilbehandlung
- Adressen vermitteln

Diese zusätzlichen Angebote sind sinnvoll, da sie der Entlastung der Angehörigen dienen sollen. Es ist wichtig, dass diese die Möglichkeit für einen Rückzug haben. Zur Ergänzung ist es angebracht, auch den folgenden Ergänzungen von Befragten Beachtung zu schenken:

- Aphasie- und Singgruppen mit Angehörigen
- Teilnahme an Therapie mit direkten Übungen
- Selbsthilfegruppen

Tesak (2006) schreibt dazu: "Generell wird heute anerkannt, dass Angehörigenberatung und Selbsthilfegruppen wesentlich zum Erfolg sprachtherapeutischer Interventionen beitragen".

Ob Angehörige in Übungen allgemein miteinbezogen werden sollten, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Nicht alle sprechen sich dafür aus, so zum Beispiel Huber et. al. (2006): "Oft empfiehlt sich gezieltes Üben zwischen dem aphasischen und sprachgesunden Lebenspartner nicht, denn es kann leicht zu falscher Bevormundung oder Abhängigkeit führen".

Fazit: Auch wenn in der logopädischen Therapie der Betroffene mit seinen Schwierigkeiten im Fokus steht, dürfen die Angehörigen nicht vernachlässigt werden. Es darf nicht als zusätzlichen Aufwand betrachtet werden, sie in die Therapie miteinzubeziehen. Ob dies in Form von Übungen geschehen kann, sollte individuell geklärt werden.

Da das Angebot von Selbsthilfegruppen mehrmals erwähnt wurde, soll im folgenden Abschnitt noch genauer darauf eingegangen werden.

4.2.6 Selbsthilfegruppen

Es wäre eine wichtige Aufgabe der Logopädinnen, Selbsthilfegruppen für Betroffene und ihre Angehörigen zu bilden. Die Idee ist, dass sie in Absprache mit den Angehörigen eine übersichtliche Anzahl von Betroffenen zusammenbringt. Dabei darf der Schweregrad der Aphasie kein Ausschlusskriterium sein. Mitglieder der Selbsthilfegruppe sollten sich möglichst selbstständig austauschen können, wobei ihnen die Logopädinnen aber immer noch zur Seite stehen (vgl. Huber et. al., 2006, S. 147). Es geht vorrangig darum, die Isolation zu überwinden (vgl. Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe, 2012, S.3).

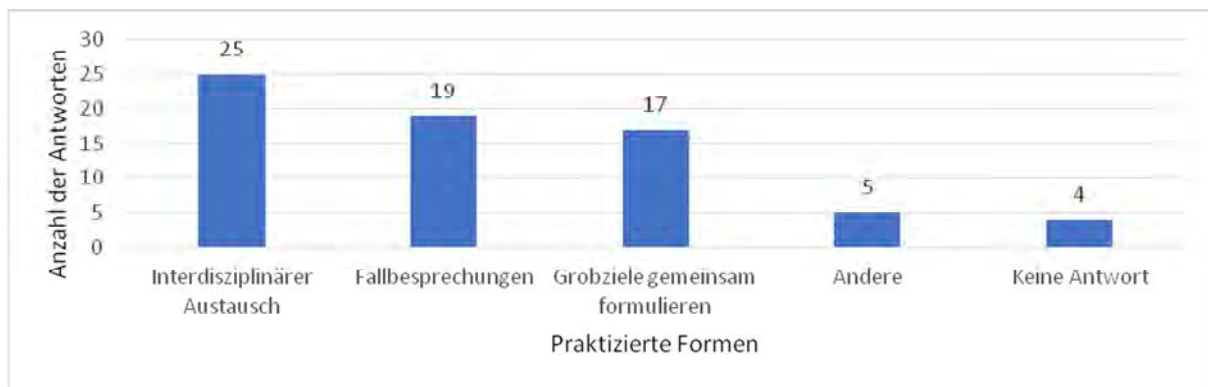
Der Austausch bietet nebst den therapeutischen Rehabilitationsmassnahmen eine psychosoziale Unterstützung, welche die Bewältigung der Aphasie fördert und dazu beiträgt, mit Folgeerscheinungen angemessen umzugehen (vgl. Weissgärber, 1999, S.79).

Ist der Betroffene an einer Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe interessiert, kommt es darauf an, die möglichen Angebote mit Angehörigen und Fachpersonen zu besprechen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2012, S.7).

4.3 Interprofessionalität und Schnittstellenprobleme

Das therapeutische Handeln kann durch einen interdisziplinären Austausch und durch gemeinsame Zielabsprachen wesentlich verbessert werden (vgl. Wipprecht & Grötzbach, 2013, S. 316). Die Wichtigkeit dieser Zusammenarbeit wurde bereits im Kapitel 3.2.2. erwähnt.

Im Fragebogen wurde danach gefragt, welche Arten von Zusammenarbeit möglich sind und welche Schnittstellenprobleme dabei auftreten können. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt und erläutert:



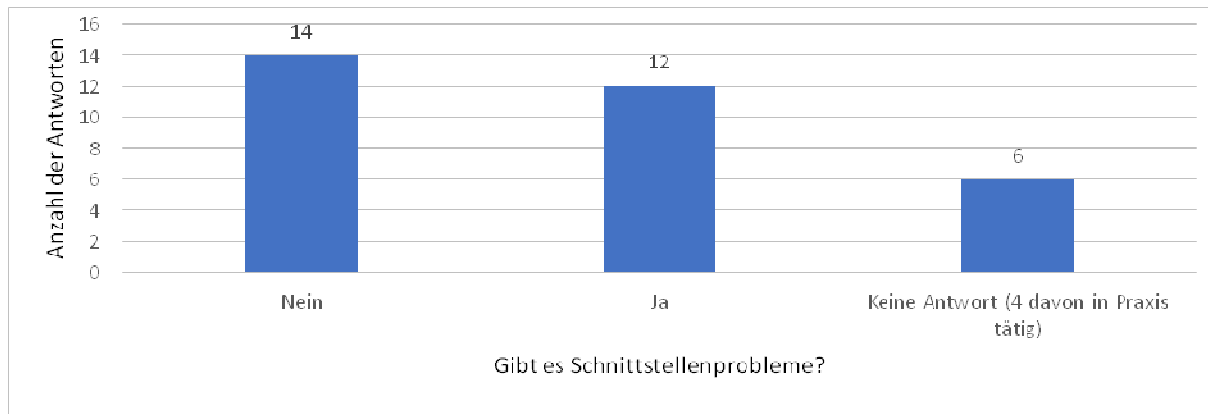
Grafik 11: Mögliche Arten der interdisziplinären Zusammenarbeit (Carr, 2017)

Die Grafik zeigt, dass der interdisziplinäre Austausch am häufigsten durchgeführt wird. Auch Fallbesprechungen finden oft statt, zudem wird das gemeinsame Formulieren von Grobzielen fast gleich häufig durchgeführt. Dies bestätigt die Wichtigkeit dieser praktizierten Formen.

Die befragten Logopädinnen ergänzten die zur Auswahl stehenden Formen der Zusammenarbeit folgendermassen: Der Austausch mit Angehörigen darf nicht fehlen, diese sollten auch beim interdisziplinären Austausch miteinbezogen werden. Wichtig ist, nicht nur defizitorientiert vorzugehen, sondern auch beim Positiven anzusetzen; dabei kann es dazu kommen, dass Inhalte und Schwerpunkte verändert werden müssen.

Bezogen auf das Fachpersonal führen manche Befragte auch Supervisionen durch und besprechen die vorhandenen Personalressourcen. Schliesslich wurde festgehalten, dass ein Austausch teilweise auch nur zwischen zwei Disziplinen erfolgen kann. Als Beispiel dafür wurde genannt, dass sie mit dem Psychiater telefonisch in Kontakt treten, um das weitere Vorgehen bei einem Betroffenen mit ihm zu besprechen.

Die nachfolgende Statistik zeigt, dass bei der Frage, ob Schnittstellenprobleme bei der interdisziplinären Zusammenarbeit bestehen, die Meinungen der Logopädinnen geteilt sind.



Grafik 12: Schnittstellenprobleme bei der interdisziplinären Zusammenarbeit (Carr, 2017)

Die knappe Mehrheit der Befragten verneint Schnittstellenprobleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit, trotzdem gab es Stimmen, welche solche Probleme beklagen. Es wurde demnach festgehalten, dass oft die Zeit fehlt, um sich genügend auszutauschen. Überlappungen führen zu Schwierigkeiten. Zudem wird die PSD, wie bereits erwähnt wurde, als solche noch nicht oft diagnostiziert in der Schweiz.

Andere halten fest, dass das unterschiedliche Rollenverständnis der Fachpersonen zu Schwierigkeiten führen kann, da die verschiedenen Disziplinen die Problematik der PSD bei aphasischen Patienten unterschiedlich einschätzen. Dies liegt daran, dass sich der jeweilige Patient nicht in allen Therapien auf die gleiche Art und Weise präsentiert. Zudem hängt es stark von den jeweiligen Bezugspersonen ab, ob ein interdisziplinärer Austausch überhaupt stattfinden kann. Bedauert wird, dass oft zu wenig Austausch zwischen den beteiligten Fachpersonen stattfindet, was aber gerade wegen der fachlichen Unterschiede wichtig wäre. Meistens werden den Patienten mehrere Therapien gleichzeitig angeboten, wodurch Kommunikationsprobleme entstehen können.

Konkret werden Schnittstellenprobleme mit der Medizin und Neuropsychologie genannt, da diese Bereiche in Bezug auf Diagnostik und Interventionen ausgebildet sind. Weiter wird bemängelt, dass Fachpersonen eine Depression nicht selten mit einem Trauerprozess verwechseln.

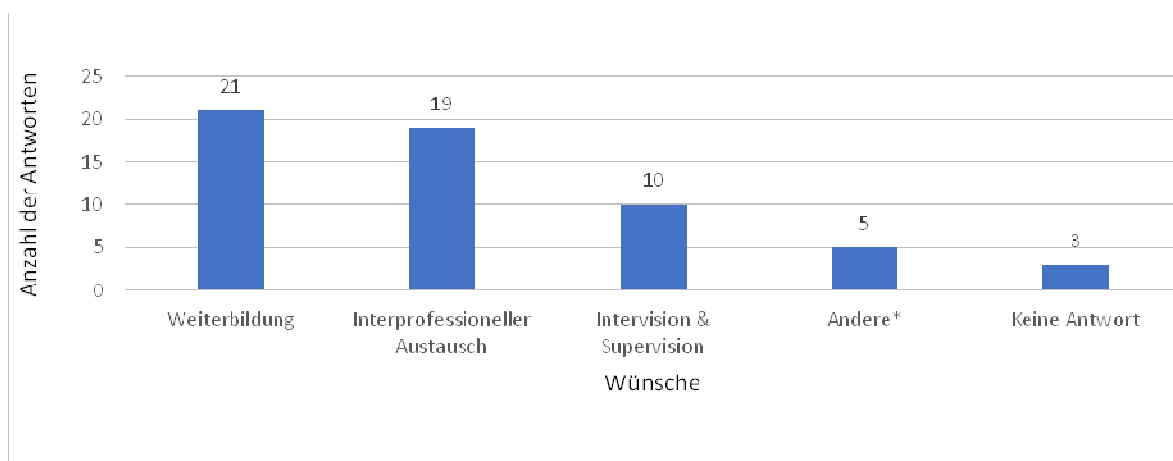
Psychotherapeutische Massnahmen werden Betroffenen zwar auch bei langanhaltenden Trauerprozessen angeboten, stossen jedoch aufgrund sprachlicher Barrieren an ihre Grenzen. Daher wurde von einer befragten Person gefordert, dass gerade Assistenzärzte sich mehr mit Logopäden austauschen sollten, da diese nebst den Angehörigen gut über die Befindlichkeit des

Patienten informiert sind. Logopäden könnten bei der Gesprächsführung und der unterstützenden Kommunikation helfen (vergleiche dazu auch Kapitel 3.2.2.).

Der Wunsch nach einer Zusammenarbeit gerade mit Psychologen scheint vorhanden zu sein, jedoch hält eine befragte Person fest, dass nicht alle "automatischen Zugang zu einer psychologischen Betreuung auf einzelnen Stationen" haben. Die verhältnismässig hohe Anzahl der Befragten, welche hier nicht geantwortet haben, könnte folgenden Grund haben: Logopädinnen, welche in einer Praxis arbeiten, haben nicht den gleichen Zugang zu anderen Professionen wie Logopädinnen, welche in einem Spital oder einer Klinik arbeiten.

4.4 Wünsche der Logopädinnen

Anschliessend an den vorangegangenen Abschnitt sollen hier die Wünsche der praktizierenden Logopädinnen bezüglich Diskussion einer PSD im Rahmen einer Aphasie erläutert werden. Dadurch sollte herausgefunden werden, was für eine professionelle logopädische Therapie einer PSD bei Aphasie noch fehlt.



Grafik 13: Wünsche der Logopädinnen (Carr, 2017)

Wie in der Grafik ersichtlich, wünschen sich die meisten Logopädinnen eine Weiterbildung zum Thema.

Dies bestätigt wiederum, dass sie zur Problematik der PSD bei Aphasie noch nicht genügend aufgeklärt wurden. Es bestätigt sich zudem, dass viele sich einen interprofessionellen Austausch wünschen. Auch eine Intervision und Supervision wären erwünscht.

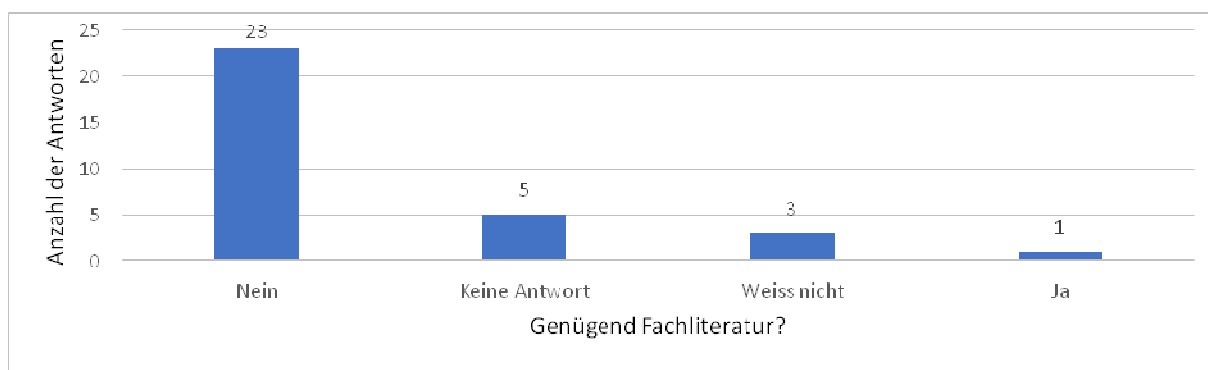
Weitere Wünsche der befragten Logopädinnen waren, dass die Behandlung einer PSD im Rahmen einer Aphasie in den Kompetenzenkatalog der Logopädinnen aufgenommen wird und dies entsprechend honoriert wird. Ärzte und Krankenkassen sollen diese Krankheit erkennen und anerkennen.

Eine andere befragte Person schreibt: "In der akuten und rehabilitativen Phase ein gutes psychologisches Angebot für die Patienten, die dies wünschen (ob dieses Angebot auch eine homöopathische, natürliche, nicht-medizinische Angebote wie bspw. Kunsttherapie etc. umfasst, hängt sehr von den Spitäler ab; m.E. [meines Erachtens, Anm. d. Verf.] könnten diese Angebote ausgebaut werden und nebst schulmedizinischen Angeboten Erweiterungen erfahren – meist scheitert dies an den finanziellen Ressourcen)".

Schliesslich wurde gewünscht, dass eine stärkere Sensibilisierung für die Thematik stattfinden sollte, zum Beispiel durch Workshops oder Informationen und Beratung für Angehörige.

4.5 Fachliteratur und Weiterbildungen

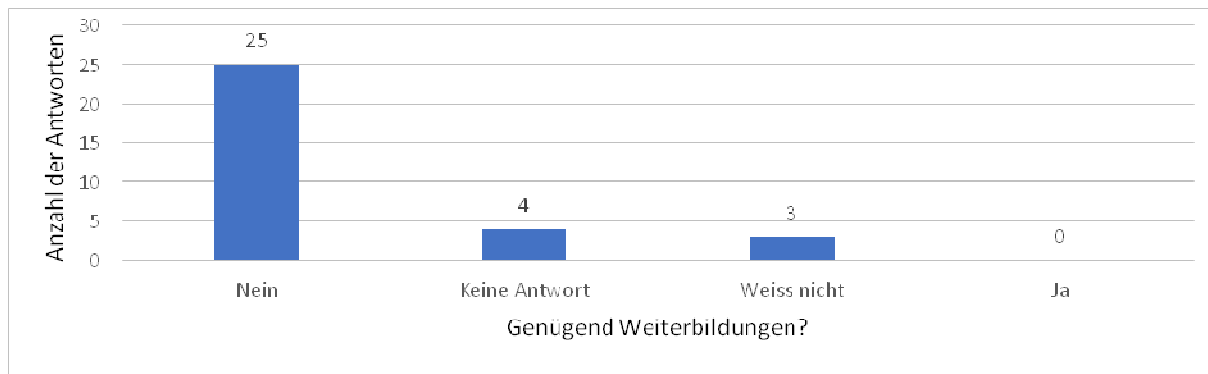
In der vorliegenden Arbeit wurde mehrfach angedeutet, dass Logopädinnen in der Schweiz mit dem Krankheitsbild der PSD bei Aphasie noch nicht genügend vertraut sind. Umso mehr bestehen Schwierigkeiten, damit angemessen umgehen zu können. Dies führte zu den nachfolgenden Fragen, ob genügend Fachliteratur und Weiterbildungen angeboten werden.



Grafik 14: Fachliteratur (Carr, 2017)

Bei der Frage nach genügend Fachliteratur wurde ganz klar gezeigt, dass dies nicht so ist. Manche haben ehrlich geantwortet, dass sie sich noch nicht genügend mit möglicher Literatur auseinandergesetzt haben.

Nachfolgende Statistik zur Frage nach genügend Weiterbildungen fällt auch deutlich aus.



Grafik 15: Weiterbildungen (Carr, 2017)

Es wurde klar geantwortet, dass es nicht genügend Weiterbildungen gibt. Dies deckt sich mit dem Ergebnis, dass bei den Wünschen der Logopädinnen (Kap. 4.4) die Weiterbildung an oberster Stelle steht.

Fazit: Die Ergebnisse der obigen zwei Statistiken belegen die Notwendigkeit, dass dem Thema PSD bei Aphasie, speziell im Kontext Logopädie, mehr Beachtung geschenkt werden muss. Die Aphasie der Betroffenen lässt sich nicht mehr rückgängig machen und benötigt viel Zeit, um behandelt zu werden. Es muss jedoch möglich sein, ihre Depression zu erkennen, ernst zu nehmen und sie dementsprechend angemessen zu behandeln. Nur so kann die Situation der Betroffenen verbessert werden.

5. Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Kapitel sollen die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zusammengefasst werden. Im Anschluss folgt die Beantwortung der Fragestellung, sowie eine Reflexion und ein Ausblick.

5.1 Merkblatt für praktizierende Logopädinnen

Die wichtigsten Informationen zur PSD bei Aphasie werden festgehalten. Das Merkblatt ermöglicht einen kurzen Überblick über die bestehende Problematik und mögliche Umgangsformen damit. Zudem wird darauf verwiesen, wie Logopädinnen sich interdisziplinär für Betroffene und Angehörige einsetzen können.

Situation:

- Eine PSD wird häufig nicht als solche diagnostiziert
- Die PSD beeinflusst die logopädische Therapie in erheblichem Masse
- Der Schweregrad einer Aphasie hat eher keinen Einfluss auf die Entstehung einer PSD
- Die Phase einer Aphasie hängt womöglich mit der Ausprägung einer PSD zusammen
- Die Persönlichkeit des Betroffenen spielt unabhängig von Schweregrad und Phase der Aphasie eine nicht zu unterschätzende Rolle in Bezug auf die Krankheitsverarbeitung

Was getan werden kann:

- Ressourcenorientierung, Alltagsrelevanz und die Interessen des Betroffenen sind wichtige Komponenten für die Auswahl der Arbeitsmittel; eventuell auf alternative Therapien (Kunst, Musik) hinweisen
- Arbeitsmittel sollten kombiniert werden, jedoch stets an die Fähigkeiten des Betroffenen angepasst sein
- Regelmässige, strukturierte, aber zeitlich begrenzte Gespräche über die Befindlichkeit des Betroffenen sind wichtig; auch bei eingeschränkter Kommunikation
- Angehörige sollten in die gesamte Therapie miteinbezogen werden, gleichzeitig muss ihnen aber eine Entlastung angeboten werden (Beratung, Adressen vermitteln)
- Die Therapiefrequenz sollte insgesamt gleich bleiben, bei speziellen Bedürfnissen des Betroffenen jedoch ihm angepasst werden.

Für was Logopädinnen sich bei Gelegenheit einsetzen können und weshalb:

- Einbezug ihrer Profession in die PSD Diagnose, weil sie als Sprachexperten als Übersetzerin dienen können
- Die Vergabe und Dosis von Antidepressiva gegenüber Ärzten und Pflegenden thematisieren, weil sie sich oft negativ auf die logopädische Therapie auswirken
- Selbsthilfegruppen für Betroffene und ihre Angehörigen gründen, weil sie dort den nötigen Halt finden, um mit ihrem Schicksal umgehen zu können
- Interdisziplinären Zusammenarbeit, Super- und Intervention, sowie Weiterbildungen anstreben.

5.2 Beantwortung der Fragestellung

Eine PSD bei aphasischen Betroffenen hat erheblichen Einfluss auf die logopädische Therapie. Der Einfluss beruht auf verschiedenen Aspekten. Der Betroffene kämpft mit sich und seiner Situation, so dass er sich nicht mehr auf den Therapieinhalt, konzentrieren kann oder will. Er ist insgesamt müde und antriebslos, wodurch sowohl der Therapieverlauf wie auch der Therapieerfolg beeinträchtigt werden. Zudem wird die Therapie der Betroffenen überschattet von ihren emotionalen Problemen und Nöten, so dass diese das Hauptthema in der Therapie darstellen; es kann somit zu Therapieabbrüchen kommen. Als Vorbehalt angemerkt werden muss, dass sich diese Aussagen keinesfalls pauschalisieren lassen. Jeder Patient hat seine individuelle Geschichte und geht dementsprechend mit seinem Schicksal um.

Falls die Therapie stattfinden kann und der Betroffene im Rahmen seiner Möglichkeiten in der Therapie mitmacht, gibt es für die Logopädin diverse Möglichkeiten, wie sie mit der Situation umgehen kann. Die wichtigsten Eckpunkte wurden im vorangehenden Factsheet festgehalten. Kurz zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Logopädin nebst ihrem Fachwissen sowohl Einfühlungsvermögen als auch grundlegendes psychologisches Wissen benötigt, um angemessen auf den Betroffenen und seine Bedürfnisse reagieren zu können. Die eigene Psychohygiene darf nicht zu kurz kommen, daher ist eine ausgeglichene "Work-Life-Balance" nicht zu unterschätzen. Am besten eignen würden sich daher Logopädinnen mit psychologischer Ausbildung, was jedoch nicht verlangt werden kann.

5.3 Reflexion

Der Arbeitsprozess gestaltete sich insofern als herausfordernd, weil sich der Begriff der PSD als solcher in der Deutschschweiz noch nicht genügend etabliert hat. In der Literatur wurde viel dazu geschrieben, sie ist sich jedoch selten einig. Zusätzlich war es problematisch, dass die Literatur sich oft nur der PSD oder der Aphasie widmet, den Einfluss auf die logopädische Therapie jedoch kaum thematisiert.

Die Auswertung der Fragebögen war sehr aufschlussreich und spannend, da die Ergebnisse teilweise überraschend waren. Manche Befragte bedankten sich bei mir, dass ich mich der Thematik der PSD bei Aphasie im Kontext Logopädie annahm, da dies ein sehr wichtiges, aber zu wenig berücksichtigtes Thema ist. Dies bestätigte mich in meinem Bestreben, mich für alle an diesem schwierigen Prozess Beteiligten einzusetzen.

Ich hoffe nun, mit dem Schreiben dieser Arbeit einen ersten wichtigen Schritt gemacht zu haben. Es wäre wünschenswert, dass künftig weiter auf diesem Gebiet geforscht wird. Schlaganfallpatienten mit Aphasie und PSD haben es verdient, dass man sich ihrer annimmt, denn sie leiden unter ihrer Situation schon genug.

5.4 Ausblick

Mit der PSD bei aphasischen Menschen in der Logopädie habe ich einen grossen Themenbereich angeschnitten, welchen ich nicht im gewünschten Umfang bearbeiten konnte. Ich habe viele wichtige Bereiche angesprochen, welche ich aufgrund des vorgegebenen Umfangs nicht weiter vertiefen konnte. Deshalb wäre es im Rahmen einer weiteren Arbeit interessant, sich auf einzelne angesprochene Bereiche (Arbeitsmittel, Medikamente, therapeutische Beziehung, usw.) zu konzentrieren und diese vertieft zu bearbeiten. Eine weitere Möglichkeit wäre, ein Diagnostikverfahren für eine PSD zu entwickeln, welches sich speziell für aphasische Menschen eignet.

Literaturverzeichnis

- Beratungszentrum Oberfranken für Menschen nach erworbener Hirnschädigung e.V. (2010). *Verlauf von Aphasien*. Zugriff am 10.02.2017 unter <http://www.aphasiker-zentrum-oberfranken.de/Verlauf-von-Aphasien.htm>
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012). *Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall*. Zugriff am 12.02.2017 unter http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2012/pdf/030-090I_S1_Schlaganfall_Rehabilitation_aphasischer_St%C3%B6rungen_2013_verlaengert.pdf
- Girgert, W. (2015). *Nicht selten: Depression nach Schlaganfall*. Zugriff am 07.11.2016 unter <https://www.gesund-durch.de/nicht-selten-depression-nach-schlaganfall/>
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Jungehülsing, G.J. & Endres, M. (2015). *Komplikationen und Folgeerkrankungen nach Schlaganfall. Diagnostik und Therapie der frühen und späten klinischen Funktionseinschränkungen*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Kapfhammer, H.P. (2011). *Poststroke Depression: Diagnostik, Epidemiologie, Verlauf und Ätiopathogenese*. Zugriff am 03.10.2016 unter <http://www.kup.at/kup/pdf/9942.pdf>
- MedizInfo. (n.d.). *Aphasieformen*. Zugriff am 10.02.2017 unter <http://www.medizinfo.de/schlaganfall/aphasie.htm>
- Pullwitt, E. & Winnecken, A. (2012). *Aphasie – wenn Sprache zerbricht. Die Betroffenheit der Mitbetroffenen*. Idstein: Schulz- Kirchner.
- Schneider, B., Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2014). Was bedeutet eigentlich Aphasie? Welche Störungen können mit einer Aphasie einhergehen? In Thiel, M.M., Frauer, C. & Weber, S. (Hrsg.), *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. (6. Aufl.). (S.4, 10). Berlin: Springer.
- Schütz, S. (2013). *Kommunikationsorientierte Therapie bei Aphasie*. München: Ernst Reinhardt.
- Springer, L. (2007). Aphasie. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Lexikon der Sprachtherapie* (S.20). Stuttgart: Kohlhammer.

- Steiner, J. & Hönig, G. (2002). BREAK - Belastungen und Ressourcen im (Gesprächs-) Erleben von Angehörigen schwer kommunikativ beeinträchtigter Menschen. In Steiner, J. (Hrsg.), *"Von Aphasie mitbetroffen". Zum Erleben von Angehörigen aphasiebetroffener Menschen.* (S.34). Idstein: Schulz- Kirchner.
- Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe (2012). *Post Stroke Depression. Kranke Psyche gefährdet körperliche Rehabilitation.* Zugriff am 07.11.2016 unter <http://www.schlaganfallhilfe.de/depression>
- Tesak, J. (2006). *Einführung in die Aphasilogie* (2. aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Tesak, J. & Brauer, T. (2014). *Aphasie. Sprachstörungen nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn- Trauma. Ein Ratgeber für Angehörige und medizinische Fachberufe* (4. überarbeitete Aufl.). Idstein: Schulz Kirchner.
- Weikert, K. (2004). *Auf einmal hat sich alles geändert. Beratung bei psychosozialen Problemen von Aphasikern und ihren Angehörigen.* Köln: Pro Log.
- Weissgärber, E. (1999). *Leben mit Aphasie.* Berlin: Volker Spiess GmbH.
- Wipprecht, M. & Grötzbach, H. (2013). *Poststroke Depression bei Aphasie: Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten.* Zugriff am 29.09.2016 unter http://www.diakonie-kolleg-hildesheim.de/fileadmin/user_upload/Diakonie_Kolleg_Hildesheim/PDF/Wipp2.pdf

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Syndrome Aphasie	6
Tabelle 2: Phasen Aphasie	7

Grafikverzeichnis

Grafik 1: Geschätzte Anzahl aphasischer Menschen mit PSD (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 2: Fachpersonen, welche die Diagnose PSD stellen (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 3: Begünstigung einer PSD durch den Schweregrad der Aphasie (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 4: Begünstigung einer PSD durch die Phase der Aphasie (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 5: Verwendete Arbeitsmittel in der Therapie von aphasischen Menschen mit PSD (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 6: Intensität der Therapiefrequenz bei aphasischen Menschen mit PSD (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 7: Einfluss der PSD auf die Therapie aphasischer Menschen (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 8: Einfluss der PSD auf die therapeutische Beziehung (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 9: Therapieabbruch (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 10: Einbezug der Angehörigen in die Therapie (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 11: Mögliche Arten der interdisziplinären Zusammenarbeit (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 12: Schnittstellenprobleme bei der interdisziplinären Zusammenarbeit (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 13: Wünsche der Logopädinnen (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 14: Fachliteratur (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Grafik 15: Weiterbildungen (Carr, 2017)	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang⁶

Schriftliche Befragung zum Thema

«Poststroke Depression (PSD) bei Aphasie» in der Logopädie

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, meinen Fragebogen auszufüllen.

- Mit dieser Befragung möchte ich herausfinden, wie eine Poststroke Depression bei Aphasie die Therapieplanung, den Therapieverlauf und den Therapieerfolg beeinflusst.

(Definition PSD: Depression nach einem Schlaganfall)

- Übergeordnetes Ziel meiner Arbeit ist, den IST- Stand in der Praxis zu erheben und Teilbereiche des Selbstverständnisses der Profession zu dokumentieren. Dazu möchte ich das Wissen verschiedener Logopädinnen und Logopäden zusammentragen.
- Alle Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt.
- Zum Ausfüllen des Fragebogens:
Markieren Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort mit **gelb**.

Beispiel:

Ja
Nein

- Bei «Andere, welche / wer?» schreiben Sie Ihre Antwort bitte unterhalb des Kästchens hin.
- Wenn Sie den Fragebogen fertig ausgefüllt haben, schicken Sie mir das Word Dokument bitte per mail (bis spätestens 9. Dezember 2016) zurück an:

carr.sabrina@learnhfh.ch

⁶ Die 31 weiteren ausgefüllten Fragebögen können bei Bedarf gerne eingesehen werden

Teil A – Persönliche Angaben: ⁷

1. Sind Sie männlich oder weiblich?

männlich
weiblich

2. Wie alt sind Sie?

-

3. Wo arbeiten Sie?

-

4. Wie lange sind Sie schon im Beruf?

10 Jahre

5. a.) Arbeiten Sie regelmässig mit aphasischen Stroke-Patienten?

Ja
Nein

b.) Falls ja, seit wann?

2006

6. a.) Haben Sie noch zusätzliche Ausbildungen?

Ja
Nein

b.) Wenn ja, welche?

Pflegefachfrau

⁷ Aus Datenschutzgründen wurden die Antworten 1 - 3 gelöscht

Teil B – Fragen zur persönlichen Arbeitssituation

1. Haben Sie Patienten mit diagnostizierter PSD im Rahmen einer Aphasie?

Ja
Nein

2. a.) Haben Sie Patienten mit Verdacht auf PSD im Rahmen einer Aphasie?

Ja
Nein

b.) Wenn ja, warum hat der Patient keine PSD Diagnose?

Ist so nicht definiert – wird im Arztbericht beschrieben als «depressive Stimmungslage», jedoch nicht explizit in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Stroke

3. Können Sie die Häufigkeit einer PSD bei Aphasie abschätzen?
(gemessen an 100 Patienten)

1- 25	Patienten
26- 50	Patienten
51- 75	Patienten
76 – 100	Patienten

4. a.) Gibt es ihrer Ansicht nach Beeinträchtigungen im Aufbau einer therapeutischen Beziehung bei aphasischen Patienten mit PSD?

Ja
Nein

b.) Wenn ja, inwiefern?

Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme (fehlender Blickkontakt, deprimierte Grundstimmung), bei der Erhaltung des Kontakts (fehlender Blickkontakt, Konzentrationsschwäche, Motivationslosigkeit, Mut- und Hoffnungslosigkeit, fehlende Einsicht zur Therapie), Verschlossenheit, Affektlabilität, ablehnende Haltung, den Stroke zu thematisieren, kräftezehrende externe Motivation (häufig der Angehörigen) für die ambulante Therapie, keine Kräfte reserven für Eigenübungen zuhause.

5. Wie gelingt es Ihnen, ein angemessenes *Nähe-Distanz-Verhältnis mit dem von PSD betroffenen aphasischen Patienten aufzubauen? (* Abgrenzung zum Patienten)

Viel Empathie und Zeit mitbringen, Verschlossenheit und deprimierte Grundstimmung nicht als persönliche Ablehnung verstehen (professionelle Distanz), Angehörige miteinbeziehen, Thematisieren von alternativen Bewältigungsstrategien wie Mal- oder Musiktherapie, konkretes Auflisten von Ressourcen (Kontaktmöglichkeiten, Hobbies, Entspannungsmöglichkeiten, Selbsthilfegruppen, Vereinigungen wie aphasiesuisse vorstellen etc.)

6. Welche Formen des Einbezugs von Angehörigen sind in Ihrer Institution möglich?

Informationen zum Störungsbild, zur Prognose und zum möglichen Verlauf
Beratung zu Kommunikation und Alltagsbewältigung
Anleitungen für Übungen zu Hause
Andere, welche? Telefonische Beratung

Teil C – Fachliche Fragen

1. a1) Wer stellt in Ihrer Institution die Diagnose PSD bei Aphasikern?

Arzt
Neuropsychologe
Pflegende
Andere, wer?

a2) Wenn Sie in einer Praxis arbeiten – wer hat die Diagnose beim Patienten gestellt?

b.) Würden Sie es als sinnvoll erachten, Logopäden in die Diagnostik mit einzubeziehen?

Ja !
Nein

c.) Mit welcher Begründung?

Die Beziehung zum Patienten ist im logopädisch-therapeutischen Setting geprägt von viel Zeit für den Ausdruck des Patienten (verbal wie nonverbal). Die Sitzungen finden in regelmässigen Abständen über 30-60 Minuten statt, so dass bereits nach wenigen Sitzungen ein Vertrauensverhältnis entstehen kann. Die therapeutische Arbeit beinhaltet eine umfassende Diagnostik, worunter für mich neben der sprachlichen Diagnose auch die Erfassung der emotionalen Verfassung des Patienten gehört – dies natürlich rein qualitativ, ohne Tests. Da die Sprachfähigkeit eines Menschen jedoch wesentlich von seiner emotionalen Verfassung abhängt, fände ich eine Erhebung einer möglichen PSD im Rahmen der logopädischen Gesamtbeurteilung durchaus sinnvoll.

2. a.) Gibt es je nach Schweregrad der Aphasie Unterschiede bezüglich PSD?

Ja
Nein

b.) Wenn ja, welche?

Ich erlebe schwer betroffene Patienten häufig als schwerer belastet, da ihnen die Ausdrucksmöglichkeit oft gänzlich fehlt, das Krankheitsereignis verbal zu verarbeiten. Ängste, Sorgen, Nöte und das Durchsprechen des Geschehnisses finden gar nicht oder nur rudimentär statt, was zu grosser emotionaler Not führen kann.

Ausserdem erlebe ich schwer betroffene Patienten häufig als generell mutloser, da die Aussichten auf eine vollständige Besserung weiter entfernt oder nicht selten gar unrealistisch sind und somit als «kaum erreichbar» erlebt werden.

3. a.) Gibt es je nach Phase der Aphasie Unterschiede bezüglich PSD?

Ja
Nein

b.) Wenn ja, welche?

In der akuten und postakuten Zeit erlebe ich häufig eine PSD mit viel ängstlichem Anteil.

In der chronischen Phase überwiegt das deprimierende Gefühl, die Mutlosigkeit, die Aussichtslosigkeit und die Trauer über den Verlust der Fähigkeiten, die Trauer über die Gewissheit, dass die Sprache nicht mehr wird wie früher.

4. a.) Sollte die Therapiefrequenz bei einem Patienten mit PSD bei Aphasie eher

erhöht werden
verringert werden
gleich bleiben

b.) Geben Sie bitte eine Begründung:

Individuell unterschiedlich. Die Belastbarkeit bei einer PSD erachte ich eher als eingeschränkt. Ausserdem ist in logopädischen Therapien die Konfrontation mit den sprachlichen Defiziten häufig schwierig und zusätzlich deprimierend.

Eine intensive Begleitung auch i.S.e. emotionalen Unterstützung (zuhören, aufgreifen, mitfühlen, Mut sprechen, Ressourcen bewusst machen) ist sicherlich auch im Rahmen einer logopädischen Therapie sinnvoll.

5. Inwiefern beeinflusst PSD die Therapie?

Minderung der Konzentration
Minderung der Motivation
Befindlichkeit des Pat. ist das Hauptthema (emotional)
Minderung des Therapieerfolges
Andere, welche?

6. a.) Welche therapeutischen Arbeitsmittel haben sich im Umgang mit aphasischen Personen mit PSD bewährt?

Sprachstrukturelle Übungen (Arbeitsblätter)
Sprachstrukturelle Spiele
Computer
Andere, welche? Biographische Aufgaben (Bilder aus alten Zeiten z.B. aus «Zeitlupe», vergangene oder aktuelle Hobbies

b.) Inwiefern?

=emotional wichtig, nahe, relevant, motivierend

7. a.) Ist es bei Ihnen schon vorgekommen, dass die Therapie der Aphasie aufgrund der PSD nicht durchführbar war?

Ja
Nein

b.) Wenn ja, wieso?

Fokus zu sehr auf der Befindlichkeit, kein Einlassen auf die Aufgaben möglich oder Vermeidung der Konfrontation mit den sprachlichen Schwierigkeiten

Konzentrationsprobleme

Motivationsdefizite

8 a.) Welche Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit werden in Ihrer Institution bei PSD bei Aphasie praktiziert?

Interdisziplinärer Austausch
Grobziele gemeinsam formulieren
Fallbesprechungen
Andere, welche?

b.) Gibt es Schnittstellenprobleme bei der interdisziplinären Zusammenarbeit bzgl. PSD bei Aphasie?

Ja
Nein

c.) Wenn ja, welche und wieso?

9. a.) Gibt es zum Thema « PSD im Rahmen einer Aphasie in der Logopädie» genügend Ausführungen in der Fachliteratur?

Ja
Nein

b.) Gibt es genügend Weiterbildungen zu diesem Thema?

Ja
Nein

10. Was würden Sie sich als praktizierende Logopädin bzgl. Diskussion PSD im Rahmen einer Aphasie wünschen?

Interprofessioneller Austausch
Intervision und Supervision
Weiterbildung
Andere, welche?

Teil D – Abschluss

1. Haben Sie weitere Anmerkungen zu meiner Befragung?

Ich erlebe die Situation bei Pat mit vermutlicher PSD häufig so, dass diese zwar mit Antidepressiva versorgt sind, dies jedoch die einzige Massnahme darstellt, die die Ärzte im Hinblick auf die Diagnose treffen. Es findet keine nähere Abklärung und auch keine psychologische Begleitung oder ein Zuzug von psychologisch ausgebildeten Fachkräften statt und das Erleben des traumatischen Krankheitsereignisses sowie der Umgang mit den gesundheitlichen Folgen wird in den kurzen Hausarztsprechstunden in vielen Fällen kaum bis gar nicht thematisiert. Die Antidepressiva werden nach der Reha oft rasch wieder abgesetzt.

Ich vermute, dass den Patienten und Angehörigen oft die nötige Plattform fehlt, die Verarbeitung des Krankheitsereignisses zum Thema zu machen. Die Sprechstunden beim Hausarzt sind kurz, die Wartezimmer stets übertoll. Deshalb erlebe ich es in meinen stündigen Therapiesitzungen oft, dass im Rahmen dieses recht grossen Zeitfensters und im Rahmen der Intensität der Therapiefrequenz, der wachsenden Pat-Therapeut-Beziehung vieles aus der Krankheitsverarbeitung in die Therapiesitzung fliesst.

2. Haben Sie weitere Anregungen für mich?

Ich danke Ihnen nochmals herzlich für die Zeit, die Sie sich genommen haben und für Ihre wertvollen Rückmeldungen!